

## **Психотерапевтическая энциклопедия**

(2-е издание, 2000 г.)

«Психотерапевтическая энциклопедия» — первая в отечественной практике попытка энциклопедического описания теории, методологии и истории психотерапии. В состав энциклопедии вошли статьи, содержащие характеристики важнейших школ и направлений психотерапии, описания различных методик и технических приемов. Энциклопедия не только отражает историю и классику психотерапии, но и фиксирует современный этап ее развития в России и в зарубежных странах. Над составлением энциклопедии трудились одни из ведущих психологов и психотерапевтов нашей страны.

Российским психотерапевтам посвящаем  
*Авторы*

### **Предисловие авторов ко второму, переработанному и дополненному, изданию**

Прошел всего год со времени выхода в свет «Психотерапевтической энциклопедии», а авторский коллектив передает в редакцию рукопись второго ее издания. Для переиздания книги, над которой коллектив из 21 автора трудился более 6 лет, имеются веские причины.

Во-первых, и это главное, текст «Психотерапевтической энциклопедии» существенно переработан. Механизм создания подобного труда сложен, для написания статей были не просто пересмотрены сотни монографий и тысячи публикаций, но, что более важно, установлен личный контакт с авторами многих концепций, велась обширная переписка с ними. К процессу создания энциклопедии были привлечены десятки специалистов у нас в стране и за рубежом. Одни из них выступали в роли экспертов, другие в роли переводчиков с языка оригинала на русский; осуществлялся поиск текстов по Интернету. Наши коллеги работали в крупнейших российских и зарубежных библиотеках. Некоторые из них уже после выхода первого издания выступили в роли доброжелательных критиков и рецензентов и передали авторам свои замечания и предложения. Энциклопедическое описание психотерапии как единого, сложного и многомерного явления, без предвзятости, без попытки разделения методов на «научные» и пока еще не подтвержденные научными исследованиями — задача весьма трудная. Уже перед выходом первого издания было очевидным, что работа над энциклопедией не может закончиться после ее издания. В конце концов был определен рубеж — издается тот материал, который на данный момент есть, или работа над книгой не закончится никогда. Можно сказать, что само участие в издании энциклопедии многочисленных специалистов нашей страны — это акт профессиональной самоидентификации. Через соприкосновение с миром психотерапии мы становились более опытными и что еще важнее — это позволило сотням наших психотерапевтов постепенно преодолевать синдром профессиональной неполноценности. Работа над энциклопедией не только не приостановилась после ее издания, но напротив, стала более интенсивной. В итоге второе издание энциклопедии — это во многом уже другая книга. В ней публикуется 492 статьи, из них 85 новые. Многие статьи переработаны с учетом дополнительной информации и нового опыта.

Во-вторых, переиздание энциклопедии отражает процесс быстрого развития самой психотерапии в нашей стране как научно-теоретической специальности и практической области медицины. За истекший год произошло много важных событий в российской психотерапии. В частности, состоялся второй съезд Российской психотерапевтической ассоциации — общественной организации, объединившей в своих рядах наиболее квалифицированных врачей-психотерапевтов, — который констатировал существенное развитие профессиональной психотерапии в России. В теорию и практику

психотерапии официально возвращен психоанализ и генетически связанные с ним подходы. Значительно возросло число статей в энциклопедии, посвященных психоанализу, в том числе его развитию в России в дореволюционный, послереволюционный периоды и в настоящее время, подготовленных сотрудниками Восточно-Европейского института психоанализа (Санкт-Петербург). Недавно прошел процесс аффилиации Российской психотерапевтической ассоциации и Федерации психоанализа России.

В последние годы получены данные, отражающие опыт наших российских коллег в использовании различных организационных форм психотерапии. Прошли проверку временем специализированные психотерапевтические кабинеты, психотерапевтические отделения и психотерапевтические центры, число которых постоянно растет. С учетом процесса развития психотерапевтической помощи переработаны или написаны новые статьи, отражающие различные аспекты ее организации.

В-третьих, развитие психотерапии в нашей стране приобрело новые качественные особенности в связи с тем, что современный этап научных исследований позволяет разрабатывать собственные оригинальные методы психотерапии. Некоторые из них опубликованы во втором издании энциклопедии.

В-четвертых, мы с удовлетворением узнаём о значении энциклопедии для профессионального самосовершенствования специалистов. Многим из начинающих психотерапевтов она позволяет ориентироваться в многочисленных методах психотерапии, выборе предпочитаемых направлений, а в последующем — и в становлении своего индивидуального психотерапевтического стиля.

Таким образом, второе издание «Психотерапевтической энциклопедии» отражает не только историю и классику психотерапии, но и фиксирует современный этап ее развития в России и за рубежом.

Вновь выражая неизменную признательность крупнейшим зарубежным специалистам, поименованным в предисловии к первому изданию энциклопедии, авторы сердечно благодарят за предоставленные новые материалы и помощь в работе Аарона Бека, Маурицио Кнобеля, а также Т.З. Биктимирова, М. Е. Бурно, А. В. Васильеву, В. С. Григорьевских, В. М. Зобнева, А. С. Креславского, Ю. В. Кузнецова, А. И. Куликова, В. Л. Минутко.

Все пожелания и критические замечания будут учтены при последующих изданиях книги.

## **Предисловие к первому изданию**

Первые предпосылки для появления в России психотерапии как личностно- и клинко-ориентированной области медицины междисциплинарного характера начали складываться уже в конце XVIII — начале XIX в. и связаны с деятельностью просветителей Н. И. Новикова, А. Н. Радищева, А. И. Галича и др., а также плеяды выдающихся врачей, таких как С. Г. Зыбелин, М. Я. Мудров, И. Е. Дядьковский.

Однако фундаментальные естественнонаучные открытия второй половины XIX в. дали мощный толчок к развитию физиологии. В медицине возник интерес к наследственным факторам патогенеза. Происхождение душевных болезней также стало рассматриваться в биологическом аспекте, что привело к преуменьшению роли психологических факторов в возникновении заболеваний. В 80-х годах XIX в. началось научное осмысление феномена гипноза и использование его как метода лечебного воздействия. Под влиянием учения о гипнозе получила развитие психотерапия в целом и в первую очередь рациональная психотерапия и психоанализ. В первые десятилетия нашего века интерес к психотерапевтическим направлениям и сформулированным в их рамках психологическим концепциям личности непрерывно нарастал. Начала складываться клинко-психологическая база для развития личностно-ориентированной психотерапии.

К сожалению, революция и особенности послереволюционной политической истории России оказали неблагоприятное влияние на развитие психотерапии в отечественной медицине. Во многом это связано с тем, что в психотерапии в большей степени, чем в других областях медицины, болезнь человека рассматривается во взаимосвязи с его социальным окружением, а теории и практика

психотерапии в значительной мере определяются общественным сознанием. Это сделало психотерапию в известной мере объектом политического контроля и идеологической цензуры.

Идеологизация психотерапии, длительная изоляция ее от ведущих направлений этой науки в других странах, тенденция к биологизации медицины в целом явились причиной задержки развития психотерапии при формальном признании значимости ее роли в медицине и здравоохранении.

Разрыв в уровне развития отечественной и западной психотерапии, а также психотерапии и других отраслей медицины, особенно в методологическом аспекте, стал сокращаться в середине 1960-х — начале 1970-х годов в связи с введением в учебных заведениях специализации по медицинской психологии и началом активного межинститутского научного сотрудничества с польскими, чешскими и немецкими психотерапевтами. В создании отечественной психотерапии в ее современном виде важную роль сыграли ученые Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева и исторически связанные с ними коллективы Санкт-Петербургского университета и Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, а также Московский и Харьковский институты усовершенствования врачей.

В последнее десятилетие интерес к психотерапии, особенно среди молодых врачей и психологов, резко возрос, и началось, с одной стороны, ее широкое проникновение в различные отрасли медицины, с другой — совершенствование традиционных и разработка новых организационных моделей психотерапевтической службы.

Однако параллельно шел процесс повышения «магического настроя» в массовом сознании, инициированный тем социальным и духовным кризисом, который переживает в настоящее время наше общество. Все это способствовало беспрецедентно широкому распространению так называемой альтернативной медицины. В теории и практике этого стихийного сотериологического движения примитивная архаика странным образом уживается с новейшими технологиями, научно обоснованные концепции — с откровенно спекулятивными измышлениями и спекуляциями, апробированные терапевтические методики — с весьма рискованными экспериментами над человеческой психикой и физиологией. К сожалению, эта тенденция нередко просматривается и в деятельности профессиональных врачей, в том числе психотерапевтов.

Указанные выше особенности развития отечественной психотерапии настоятельно требовали подготовки труда, в котором были бы с максимальной полнотой и объективностью представлены все основные сведения о психотерапии и ее методах. В наибольшей степени этой цели отвечало бы издание психотерапевтической энциклопедии. Стремление соблюсти принцип полноты сведений привело к тому, что в книгу наряду с изложением выдающихся и значительных концепций и методов вошли материалы малоизвестные либо имеющие в настоящее время уже не столько научно-практическую, сколько историко-научную ценность.

При написании статей авторы стремились, насколько это было возможно, избежать какой бы то ни было тенденциозности, поскольку целью создания энциклопедии было не критическое переосмысление истории отечественной психотерапии в свете происходящих в нашей стране изменений, а описание мировой психотерапии как целостной дисциплины.

Тезаурус энциклопедии включает 424 статьи по всем важнейшим направлениям, течениям, методам, методическим подходам, техническим приемам, а также основным проблемам мировой и, в частности, российской психотерапии. В особые статьи выделены персоналии виднейших отечественных и зарубежных психотерапевтов. Статьи представлены в алфавитном порядке. В энциклопедии используются обычные для справочного издания сокращения и система перекрестных ссылок. Так, вместо полного названия статьи в ее тексте приводятся лишь первые буквы слов, составляющих это название. Выделение курсивом означает, что в энциклопедии имеется специальная статья для выделенного термина, названия методики, персоналии и пр. В тех случаях, когда релевантная информация по какому-либо частному аспекту содержания той или иной статьи может быть найдена в других статьях энциклопедии, названия последних указываются либо непосредственно в тексте статьи, либо после нее. Напр.: см. *Открытые и закрытые психотерапевтические группы* или см. также *Бихевиоризм*.

Авторский коллектив включает 21 специалиста, среди них 9 докторов медицинских и психологических наук, заведующие кафедрами и клиническими отделениями Санкт-Петербургской

медицинской академии последипломного образования и Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, ведущие сотрудники указанных и некоторых других учреждений, известные в России и за рубежом психотерапевты.

Ряд статей, вошедших в энциклопедию, подготовлен на основании научных материалов и публикаций, переданных главному редактору энциклопедии крупнейшими отечественными и зарубежными специалистами — в том числе проф. М. Перре (директор Психологического института при университете г. Фрибург, Швейцария), проф. В. Лаутербахом (директор Психологического института при университете г. Франкфурта-на-Майне, Германия), проф. Г. Кассиновым (директор департамента университета Хофстра, Нью-Йорк, США), проф. Х. Куртисом (президент Американской психоаналитической ассоциации), а также ведущими психотерапевтами ряда других стран — С. Ледером (Польша), С. Кратохвилем (Чехия) и др. Всем им авторы выражают благодарность. Авторы также с признательностью примут пожелания, предложения и критические замечания читателей, которые могут быть учтены при последующих изданиях энциклопедии.

*Б. Д. Карвасарский,*

*главный редактор энциклопедии, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ,*

*руководитель Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии и главный психотерапевт Министерства здравоохранения РФ, президент Российской психотерапевтической ассоциации, руководитель отделения неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева*

## А

**АВЕРСИВНАЯ ТЕРАПИЯ.** Аверсивные методики (лат. *aversio* — отвращение) лежали в основе практического применения экспериментальных теорий *научения*. В настоящее время их можно разделить на методики, основанные на модели И. П. Павлова (*классическое обусловливание*) и на модели Скиннера (Skinner B. F.) (*оперантное обусловливание*).

В методиках, основанных на классическом обусловливании, сочетаются привлекательные стимулы (например, алкоголь или обильная еда) с болезненным, неприятным, вызывающим отвращение стимулом (инъекцией апоморфина, приводящей к рвоте, электрическим разрядом, вызывающим сильную боль, и др.). Методика подвергается критике в силу этических соображений. Однако большинством авторов признается возможность и необходимость применения ее по жизненным показаниям, например в тяжелых случаях навязчивого самоповреждения, надавливания на глаза и т. д.

Условия успешного применения такие же, как и в *методике наказания*. Аверсивный стимул должен применяться сразу же вслед за реакцией, подлежащей угашению. На первом этапе необходимо применять постоянную схему угашения, постепенно переходя на нерегулярное использование аверсивного стимула. Лечение должно продолжаться и некоторое время спустя после исчезновения симптома. Адекватным показателем для прекращения лечения является возникновение адаптивного поведения. Использование этой методики предполагает наличие четких по внешним проявлениям и ограниченных во времени симптомов.

Методики, в которых используется оперантная модель, основаны на принципе успешного решения задачи, избавляющего пациента от неприятных стимулов, например электрического разряда. Так, при лечении треморной формы писчего спазма пациент осваивает задачу попадания металлической палочкой в ряд отверстий все уменьшающегося диаметра. Наличие тремора ведет к попаданию в края отверстий и к замыканию электрической цепи; пациент при этом получает удар электрическим током. Точное попадание в эти отверстия избавляет его от электрического разряда. При спастической форме писчего спазма пациент пользуется специальной авторучкой, излишнее давление на которую приводит также к замыканию электрической цепи и, следовательно, к наказанию. В процессе тренировок пациент обучается расслаблять нужные группы мышц.

При соответствующей технической изобретательности практически для каждого симптома

можно создать методику, основанную на принципе решения задачи, т. е. предупреждения воздействия аверсивного стимула. В качестве примера можно привести больную, страдавшую истерическим параличом ног и потерей чувствительности в ногах. На ноги и два пальца ее руки помещались электроды: на пальцы руки — электроды, через которые больная могла получать болезненный электрический разряд, а на ноги — электроды, посредством которых осуществлялась слабая электростимуляция, улавливаемая при сохранной чувствительности и не носящая болезненного характера. Больной давалась инструкция: если от электродов на ногах у вас появятся какие-то ощущения, нажмите на выключатель, иначе через 5 секунд последует сильный, болезненный электрический разряд в пальцы руки. Больная должна была решать задачу по различению слабого стимула, произвольно снижая порог болевой чувствительности. Во время первой процедуры у больной не отмечалось никаких реакций избегания, и она получила несколько болезненных электрических ударов. Во время второй процедуры после первого электрического разряда появились выраженные вегетативные реакции и даже рвота. Во время третьей процедуры больная два раза подряд нажала на кнопку выключателя, вовремя предупреждая подачу болезненного электрического разряда, и отметила при этом, что у нее появилась чувствительность в ногах. Одновременно у нее возникли произвольные движения в ногах, и пациентка смогла самостоятельно пойти в палату. В последующем не отмечалось рецидива симптоматики, и через несколько дней она была выписана.

А. т. используется при лечении алкоголизма, хронического никотинизма и других заболеваний.

**АВТОЛОГОКАТАРСИС АТАНАСОВА.** Современные общедоступные методы записи звука и изображения стремительно внедряются в психотерапию. До сих пор не оценено их значение для ускорения отреагирования. Атанасов (Атанасов Ат., 1990) использовал магнитофон с целью создания раздражителей для «инсценировки». Было установлено, что насколько раздражитель ближе к поведению больного, перенесшего психотравму, настолько живее у последнего аффективная реакция. Это особенно важно для естественных звуковых раздражителей со значением несловесных связующих моментов — восклицаний, вздохов, плача. Известно, как сильно воздействуют подобные выражения человеческого страдания и на здоровых и незаинтересованных лиц. Никакое подражание этим звуковым выражениям не может так непосредственно действовать на пациентов, как их собственные аффективные возгласы, собственное ускоренное и неравномерное дыхание, восклицания и крики. Поэтому во время репродукции осуществляется магнитофонная запись именно того, что больные воспроизводят, — их возгласы, вздохи, дыхание, выкрики, плач. При прослушивании этих записей пациенты всегда реагируют бурными эмоциональными разрядами, у них особенно живое отреагирование (Атанасов, 1970).

Методика А. А. проста и легкоосуществима. Во время репродукции больных, живо реагирующих разговором, плачем и др., делают магнитофонную запись. В паузах, когда нет шумных порывов, записывают дыхание (в это время микрофон подносится очень близко к губам больного). Вся запись должна занимать около 15 минут. Если больной не репродуцирует, а только аффективно рассказывает о своих психических травмах, записывают его высказывания. В любом случае больному сообщают о цели записи, заверив его в том, что запись никогда не будет предоставлена третьим лицам, и строго придерживаются этого. Во время сеанса пациент должен находиться в положении, удобном для репродукции, — лежа, расслабленным, с закрытыми глазами. Больные с большим вниманием относятся к технической записи самих себя. После нее они часто продолжают репродуцировать. Запись обычно прослушивается один раз в день или два раза подряд, после чего больному предоставляется отдых. Несмотря на то, что отреагирование протекает исключительно бурно, отдельные сеансы обычно короткие и не продолжаются более 15-20 минут. А. А. как методика создает ряд удобств для врача. Он может сократить продолжительность как серии отреагирующих сеансов, так и отдельных процедур, поручить вспомогательному персоналу проведение некоторых сеансов и наблюдение за больными. При репродукции новых психотравм производят новую запись.

А. А. — процедура, приводящая к сильному аффективному разряду и резко выраженным вегетативным отклонениям. Нередко пациенты относятся к А. А. с недоверием, раздражением, настороженно, но это касается, как правило, первых (1-3) сеансов. Далее аффективные разряды исчезают, и больной начинает выслушивать собственные реакции (плач, крики и др.) с явным спокойствием. Отреагирование и улучшение наступают сравнительно быстро, что отчасти искупает

переживания больных. Есть основания считать, что лечебный механизм А. А. тот же, что и при репродукции, если она сопровождается адекватно подобранными раздражителями. Наблюдение за отдельными сеансами показывает значительное уменьшение реакций пациента, что отражает различную степень возбуждения нервных структур, связанных с определенной психотравмой.

В А. А. устанавливается ряд закономерностей отреагирования. Собственный голос, вздохи, тяжелое дыхание и др. — сильный направляющий момент, дающий толчок отреагированию и обычно маскирующий проявления диссоциации, выраженные в латентной, органичной и эмоциональной фазах. Нередко наблюдается период ухудшения самочувствия, сопровождающийся усилением жалоб как диффузных, так и локальных. В ходе А. А. выявляются красочные сновидения, отражающие содержание психотравмы. При А. А. часто наблюдаются изменения памяти. Больной начинает активно сообщать о психических травмах, о которых не вспоминал при сборе анамнеза, несмотря на то, что последний составлялся достаточно тщательно. После первых 1-3 сеансов все без исключения больные, в лечении которых был использован этот метод, часто жалуются на назойливые воспоминания о мучительных переживаниях и их подробностях.

Атанасовым исследовались некоторые физиологические реакции больных во время автологокатарсиса. Дыхание нередко бывает нерегулярным, но непосредственно после процедуры оно нормализуется. Пульс учащается, однако нормальная частота его восстанавливается быстро, часто еще во время сеанса. Артериальное давление меняется во многих случаях, но по-разному — как в сторону повышения, так и в сторону понижения.

*Обратная связь* всегда сохраняется; более чем у половины больных во время первых сеансов врач идентифицируется с лицами, участвовавшими в психотравмирующей ситуации.

См. также *Катарсис, Катарсическая психотерапия*.

**АДАПТАЦИОННАЯ ПСИХОДИНАМИКА РАДО.** Структурная модель А. п. Р. вводит ряд градаций *психологической защиты*, связанной с различными уровнями интеграции психики. В определении автора, наиболее примитивный, «гедонический» уровень, филогенетически предшествующий всем остальным, ответствен за боль и удовольствие и активируется состоянием физиологического и инстинктивного напряжения. Второй, «эмоциональный» уровень регистрируется по наличию таких эмоциональных состояний, как гнев, страх, печаль и любовь. Это более развитый филогенетический уровень, связанный с возможностями организма изменять свою среду. Следующая стадия интеграции включает корковые отделы и замещает эмоции и «эмоциональное мышление» мыслительными процессами более высокого, «самоатрибутивного» порядка. Они обеспечивают способность предвосхищать и организовывать средства нападения или бегства. Эмоциональный и мыслительный уровни постоянно взаимодействуют между собой. Все 3 уровня защитной интеграции снабжены механизмами *обратной связи*. Так, болевая стимуляция активирует гедонический уровень, а также эмоциональный и мыслительный уровни. Это делает возможным реакции предвосхищения и адаптации.

Согласно Радо (Rado S.), невроз представляет собой продукт ошибочных реакций организма на опасность, регистрируемых как «неудачи приспособления в критической ситуации». Сигнальное устройство, возбуждаемое любым болевым стимулом, угрожающим организму, или предвосхищением боли, является основой «поведения в критических ситуациях». Мотивация к поведению в критических ситуациях превалирует над всеми остальными типами мотивации. В состоянии эмоционального расстройства это правило, однако, может не соблюдаться.

На гедоническом уровне организации боль вызывает «реакцию сброса» в форме физиологических реакций, имеющих целью избавление от внешних враждебных стимулов. Примеры таких реакций — рвота, понос, плевание, чихание и кашель. Психической параллелью «принципа сброса» является механизм вытеснения. Страх и гнев обуславливаются предвосхищением боли. Они предостерегают о надвигающейся угрозе и вызывают защитные поведенческие реакции бегства (при страхе) и нападения (при гнев). На социальном уровне бегство может проявляться в подчиняемых и зависимых отношениях с авторитетными фигурами, нападение — в вызывающем поведении с ними. На уровне «эмоционального мышления» регуляция осуществляется путем формирования мыслительных шаблонов страха и гнева. Более дифференцированное восприятие различных эмоций способствует большей гибкости поведенческого рисунка. Тем не менее индивид по-прежнему остается в поле

влияния механизмов борьбы и бегства в ответ на болевую стимуляцию. Базисные реакции в кризисных ситуациях на уровне «безэмоционального мышления» до какой-то степени контролируются интеллектом. Происходит более совершенное распознавание надвигающейся угрозы для организма с оценкой возможности совладания с ней. На наиболее высоком уровне «самоатрибуции» повышенная гордость сопровождается реакцией гнева или осознание собственной силы, в то время как за снижением самооценки следуют реакции страха или сознание собственной слабости.

Совость индивида формируется под воздействием родительских дисциплинарных поощрений и наказаний. Страх наказаний и обусловленные им ограничения автоматизируются и не утрачивают своей силы во взрослой жизни. Послушание и моральные принципы, вытекающие из этого, также сохраняются в качестве адаптивных шаблонов поведения. Следование велениям совести является последствием страха родительского наказания.

Искушение может спровоцировать реакции гнева и возмущения, которые, преодолевая запреты, налагаемые совестью, могут побудить к непослушанию. Оно в свою очередь может вызвать страх заслуженного наказания, что может привести к желанию вернуться на прежние позиции. Гневный вызов, следовательно, может быть внутренне превращен в самобичевание, раскаяние и мольбу о прощении в надежде восстановить родительское благоволение. Этот искупительный стереотип поведения может оказаться фиксированным; тогда индивид постоянно ищет прощения, наказывая себя. Более опасны феномены самонаказания за воображаемую вину и предвосхищающего болевого наказания как пускового фактора удовлетворения запретных желаний. Иногда индивид оставляет упреки в собственный адрес; тогда гнев направляется на лицо, внушающее страх.

Недостаточность контроля кризисных ситуаций может быть вызвана излишним страхом, гневом и болью. Результатом является избыточность реакции на существующую опасность и реакций, характерных для кризисных ситуаций в отсутствие реальной опасности. Внешние проявления эмоций становятся чрезмерными. Чтобы остановить их, организм может прибегнуть к вытеснению и другим автоматическим механизмам «сброса». Все поведенческие нарушения являются следствием таких дефектов в приспособлении к кризисным ситуациям.

Радо подчеркивает, что природа снабдила человека механизмом выживания, функционирующим по приспособительным стереотипам, которые с возрастом меняются как по силе, так и по форме. Схематично период юности характеризуется стереотипами зависимости; взрослый период — стереотипами ориентации на собственные возможности; период старения — стереотипами снижающейся адаптации. На ранних этапах механизм выживания диктует подчинение внутренних желаний родительским требованиям. В результате может выработаться тактика заискивания, обмана или шантажа и искупительные или агрессивные формы совладания с действительным или мнимым отвержением. Наблюдается бессознательное стремление к удовлетворению потребности в зависимости с отказом принять родительские ограничения. Цивилизация диктует укрощение реакций детской ярости; родители применяют дисциплинарные меры, чтобы сдерживать реакции ребенка и контролировать их. Механизм совести формируется на базе этого обусловливания и помогает развитию ответственной независимости. Это облегчает контроль кризисных ситуаций; реалистическое мышление и поведение заменяют эмоциональное мышление и активность; ориентировка на собственные возможности замещает зависимость.

Значение А. п. Р. для лечения вытекает из ее трактовки функций «Я». Подчеркивается, что весь материал, полученный в процессе беседы, должен соотноситься с актуальными проблемами адаптации. В эмоциональной матрице «добродетельных эмоций» (любовь, сострадание), контролируемых разумом («адаптивный инсайт»), психотерапия направлена на поддерживающие, воспитательные (репаративные) или реконструктивные цели в зависимости от уровня мотивации больного. Очевидны 4 категории мотивации, которые определяют приемы, больше всего подходящие для индивида. Эти формы мотивации соотносятся со стадиями развития личности. Первый уровень — «магическое стремление» к идеализируемому родителю — делает возможным использование такого суггестивного приема, как *гипноз*. Второй уровень, характерный для более высокой стадии развития, — «вызывание к родителям» — также адресуется к ограниченным целям и делает возможным применение воспитательных мер и убеждений. Третий («кооперативные усилия») и четвертый («реалистическая ориентация на собственные возможности») уровни позволяют использовать приемы, направленные на

реконструктивные цели.

С помощью психотерапии возможен перевод больных с ограниченных форм мотивации к более зрелым. Если больной стремится к развитию, может быть использована реконструктивная психотерапия, направленная на внутренний конфликт, с целью привести больного к наивысшему уровню ориентации на собственные возможности. В фокусе внимания здесь прежде всего распознавание и разрешение ярости больного, выражаемой или подавляемой, а также чрезмерного страха наказания. *Осознание* того, что сегодняшнее поведение коренится в опыте и искаженных представлениях детского возраста, является существенным ингредиентом реконструктивной психотерапии, хотя целесообразность фокусирования исключительно на *инсайте* и подвергается сомнению. В ходе лечения психотерапевт должен постоянно быть начеку относительно регрессивных отступлений больных в сторону зависимости, помогая им вернуться к мотивации, ориентирующейся на собственные возможности. Потребность же больного в зависимости используется для форсирования эмоционального научения с помощью воспитательных приемов. Психотерапевт постоянно интерпретирует разницу между реалистическими и инфантильными аспектами поведения больного при психотерапии и вне ее. В отличие от *классического психоанализа*, рассматривающего *перенос* как проявление тенденции к компульсивному повторению прежних ситуаций, Радо считает его регрессивной реакцией больного (пронизанной отношениями с родителями) на актуальные неудачи приспособления вследствие дефицитарного поведения в кризисных ситуациях. Прослеживанию истоков неуспешных действий в кризисных ситуациях и «коррекции эмоциональной структуры» памяти способствуют правильные *интерпретации*. Работа с переносом происходит таким образом, чтобы помочь больному распознать, что беспомощность и гнев по отношению к психотерапевту в действительности направлены к персонажам прошлого. Больного поощряют к воспроизведению в памяти современных фрустрирующих сцен с замещением действительных участников соответствующими персонажами прошлого, к ориентации на собственные возможности и расширению реалистического приспособления. Сны рассматриваются в качестве компенсаторных реакций на неразрешенные конфликты предшествующего дня, как «предохранительный клапан латентных эмоциональных реакций больного». Активность психотерапевта поощряется, в особенности в воспитательной роли.

Критики А. п. Р. склоняются к тому, что в своей попытке по-новому интерпретировать формулировки *Фрейда* (Freud S.) представители этой концепции преуспели не столько в глубоком понимании психодинамики, сколько во введении в литературу новых метафизических положений. Сомнению подвергается активное обращение с переносом, поскольку ориентация на собственные возможности более эффективно достигается недирективной и неструктурирующей психотерапией. «Натаскивание» больного на поведение, соответствующее более зрелому уровню мотивации, представляется также скорее перевоспитательной, чем психоаналитической процедурой. Однако отмечается, что А. п. Р. дала возможность по-новому взглянуть на феномен приспособления. Она предложила также некоторые специальные приемы помощи больному в нормализации его коммуникативного поведения. В особенности интересными являются предложенные подходы к сексуальным проблемам, таким как гомосексуализм, и к стремлению к всемогуществу, силе и зависимости. А. п. Р. использовалась в работах по церебральной физиологии поведения.

**АДЛЕР** Альфред (Adler A., 1870-1937). Основатель *индивидуальной психологии*. Родился в Вене, умер в возрасте 67 лет в Шотландии во время лекционного турне по странам Европы. Тяжелые заболевания, перенесенные А. в детстве, повлияли на выбор специальности врача и формирование в дальнейшем интереса к идеям компенсации органической неполноценности.

В 18 лет А. поступил в Венский университет, где изучал медицину. Будучи студентом, интересовался идеями социализма. После окончания университета работал врачом-офтальмологом, потом интернистом. Постепенно его интересы стали смещаться в область неврологии и психиатрии.

В 1902 г. А. одним из первых вступил в кружок психоаналитиков, организованный *Фрейдом* (Freud S.). В 1910 г. по инициативе создателя *психоанализа* А. был выдвинут на пост первого президента Венского психоаналитического общества. К 1911 г. теоретические расхождения между Фрейдом и А. стали настолько серьезными и явными, что последний был вынужден отказаться от поста президента и покинуть Общество. Он основал собственную Ассоциацию индивидуальной психологии, идеи которой



стали распространяться по всей Европе.

Помимо исследований в сфере психологии и психотерапии А. занимался педагогикой, обучением учителей, организацией консультативных центров в школах, где родители могли получить совет по вопросам воспитания, взаимоотношений в семье.

А. совершал лекционные поездки по странам Европы и Нового Света и пользовался репутацией незаурядного оратора. После прихода к власти в Германии нацистов покинул Европу и переехал в США, где с 1932 г. преподавал медицинскую психологию в Лонг-Айлендском колледже.

А. разработал холистическую систему индивидуальной психологии, подчеркивающую подход к пониманию каждого человека как интегрированной целостности в социальном контексте.

Основные принципы учения А., вошедшие в концепцию индивидуальной психологии, — холизм (целостность), единство индивидуального стиля жизни, потребность в кооперации, или общественное чувство (социальный интерес), и направленность поведения к цели.

А. утверждал, что цели и ожидания больше влияют на поведение человека, чем прошлый опыт, а основным побудительным мотивом, кроме того, является стремление достичь превосходства и адаптации к среде. Он подчеркивал детерминирующее влияние социума на каждого человека и важность социальных интересов — чувства общности, кооперации и альтруизма. А. отвергал антагонизм сознательного и бессознательного в человеке. Одним из первых он привлек внимание к роли неправильного семейного воспитания — эмоционального отвержения и попустительства — в возникновении неврозов.

**АЙЗЕНК** Ганс (Eysenck H. J., род. 1916). Известный психолог и психотерапевт. Родился и получил образование в Берлине, однако оставил Германию по политическим мотивам, из-за оппозиции гитлеровскому режиму. Учился в Дижоне (Франция) и Экзетере (Англия), а в 1935 г. поступил на факультет психологии Лондонского университета. В только что сформированном институте он организовал кафедру психологии, совмещая работу профессора университета и психолога в Королевских госпиталях Модели и Беттлхем. Одной из своих основных задач считал выделение клинической психологии в самостоятельную дисциплину. Созданная им кафедра была первой, начавшей обучение медицинских психологов с использованием недавно разработанных методов *поведенческой психотерапии*.

Основные исследования А. лежат в области теории личности, исследования интеллекта, социальных аттитюдов, бихевиористской генетики и поведенческой психотерапии. Он рассматривал психологию с точки зрения естественных наук и враждебно относился к гуманистическому, психодинамическому и другим субъективным подходам. А. опубликовал около 600 статей в психологических, биологических, генетических и других научных журналах, а также около 30 книг. Его автобиография издана отдельной книгой.

Взгляд А. на человека определял направление его мыслей и исследований. Он рассматривал человека как биосоциальный организм, чьи действия детерминированы в равной степени как биологическими (генетическими, физиологическими, эндокринными), так и социальными (историческими, экономическими, общественными) факторами. Он считал, что односторонний подход с акцентом на биологические или социальные факторы препятствует развитию науки. А. настаивал на том, что человек — продукт эволюции, который все еще сохраняет черты, унаследованные от ранних форм жизни миллионы лет назад. Эта точка зрения не всегда была популярна среди ученых, изучающих общество, склонных больше подчеркивать роль социальных факторов, но А. считал ее единственно верной для правильного понимания человека.

Нервно-психические и психосоматические расстройства рассматривались А. как результат взаимодействия определенных личностных особенностей (предиспозиций) и стрессовых внешних воздействий и условий. В качестве основополагающего личностного фактора, приводящего при неблагоприятных средовых влияниях к нарушениям в психике, выступает нейротизм. Широко известен тест-опросник А. для исследования личностных свойств. А. предлагал в качестве базисных два параметра индивидуальности: «экстраверсию—интроверсию» и «нейротизм — эмоциональную стабильность». Эмпирически им выделены два типа невротических расстройств: истерический невроз, который свойствен лицам холерического темперамента (нестабильным экстравертам), и невроз навязчивых состояний у меланхоликов (нестабильных интровертов). В поведении экстраверты

проявляют себя как возбудимые и подвижные, а интроверты — как заторможенные и инертные. Нестабильность — результат неуравновешенности процессов возбуждения и торможения. Тест-опросник имеет три шкалы, две из них соответствуют двум основным параметрам индивидуальности, третья — контрольная шкала лжи.

В области психотерапии А. является и одним из основоположников поведенческой психотерапии. С точки зрения А., теоретической основой и практической базой поведенческой психотерапии, направленной на изменение в позитивном направлении способов поведения и эмоций человека, являются современные теории *научения* и их основные законы.

**АКТИВИРУЮЩИЙ ПРИНЦИП В ПСИХОТЕРАПИИ.** Проблема активности человека всегда связана с его волевыми качествами, с уровнем его сознательного отношения к действительности. Для российской психотерапии прошлых десятилетий особенно характерным было утверждение активирующей психотерапии (Лебединский М. С., 1971) (см. *Биопсихотерапия по Консторуму*, *Активная психотерапия по Иванову*). Задача психотерапии — помочь больному понять, что это относится к его собственной жизни. Следует различать: 1) снижение активности, вызванное не зависящими от личности обстоятельствами (например, постельный режим); 2) снижение активности личности как таковой. Снижение активности второго типа, т. е. подлинное снижение активности личности, может возникнуть на почве первого. Невроз, патологическая реакция, психические болезни, астенические состояния всегда связаны с различной формой нарушения сознательной, волевой, разумно направленной активности.

Одной из важнейших и наиболее ранних задач психотерапии в этом случае является повышение активности больного в отношении преодоления своей болезни и травмирующих обстоятельств. В дальнейшем ставятся задачи возможного активирования социально полезной деятельности больного, его отношения к обстоятельствам жизни в более широком плане.

Активирующая психотерапия может противопоставляться седативной, успокаивающей. Успокоение больного очень часто может быть достигнуто только путем повышения его активности, например привлечения к труду, повышения активности в выполнении долга (семья, работа, общество). При этом активность можно назвать подготовительной (мысли о возвращении к работе, повышение интереса к семье и пр.). Активирование врачом больного требует учета его возможностей и постепенности. На конечном этапе задач психотерапии должно быть достижение активности личности в поведении больного, в его деятельности до доступного ей максимума. А. п. в п. требует соответствующего отношения врача к различным методическим приемам.

Психотерапевт не может решать за больного вопрос о направленности его повышающейся активности, но не может и стоять в стороне от решения больным тех вопросов, которые наиболее связаны с его здоровьем, с вопросами морали, с интересами общества. Гипнотический метод не должен представлять исключение из общего принципиального положения об активировании больного. Его следует использовать в единой системе психотерапевтических методик в целях повышения сознательной активности больного, особенно в отношении надежды на выздоровление, коррекции в сфере представлений, переживаний, установок, в сфере саморегуляции и компенсации. Повышение уровня активности обязательно связано в психотерапии с вопросом об основных ее источниках — интересах, побуждениях, сознательности, чувстве долга.

Побуждение врачом больного к активности уже само по себе обязательно связано с активностью психотерапевта. Один из ведущих психотерапевтов нашей страны в 1960-70 гг. М. С. Лебединский отмечал: «Мы против пассивности психотерапевта. Принцип активирования больного противостоит принципу увода его от реальной жизни в давнее прошлое, в сновидения и пр. Мы не за игнорирование прошлого, поскольку оно действительно часто ответственно за болезнь и ее проявления. Мы учитываем также роль сновидений, неосознаваемого. Но мы за то, чтобы во врачебном воздействии основное внимание было направлено на настоящее и жизненные перспективы больного, ситуацию, переживания. Одной из важнейших задач психотерапии является влияние на самосознание больного. Психотерапевт должен помочь больному правильно оценить свои обязанности перед обществом, семьей, служебный долг, возможности, претензии к обществу, достоинства и недостатки, взаимоотношения с окружающими». И далее он подчеркивал, что во взаимоотношениях с больным врач должен оказывать определяемое лечебной задачей влияние на него, руководствуясь принципами нашей медицины,

идеологией нашего общества, моралью, наукой. Психотерапия требует активного отношения врача к больному, к болезни, к процессу его выздоровления, к задаче предупреждения рецидива.

Влияние среды на человека, как и влияние врача-психотерапевта, опосредуется индивидуальными особенностями его личности. Поэтому не следует игнорировать необходимость индивидуализации психотерапевтического процесса. Нозологический подход в психотерапии не противопоставляется индивидуализации. Сочетание этих двух принципов объединяется в понятии клиничности психотерапии.

**АКТИВНАЯ АНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ШТЕКЕЛЯ.** Штекель (Stekel W., 1868-1940) был одним из ближайших учеников *Фрейда* (Freud S.). Он получил медицинское образование в Вене, одним из его педагогов был Краффт-Эбинг (Krafft-Ebing R.). Штекель изучал *психоанализ* у Фрейда, был постоянным членом его кружка, где заслушивались доклады, проводились дискуссии. Высокую оценку Фрейда и других членов группы получили работы Штекеля по проблемам символики сновидений.

Разрыв с Фрейдом произошел примерно через год после ухода из кружка *Адлера* (Adler A.), но в этот последний год отношения с руководителем постоянно ухудшались. Штекель, будучи в основном практиком, мало интересовался теорией; в этом он был ближе к Адлеру, чем к Фрейду. Однако он был в еще большей степени, чем последний, убежден в том, что психологические нарушения имеют сексуальную основу.

Штекель был автором многих блестящих работ. Среди них «Гомосексуальные неврозы» (1922), «Секс и сновидения» (1922), «Фригидность женщин как следствие их любовных отношений» (1926), «Импотенция у мужчин» (1927), «Сексуальные отклонения» (1930), «Техника аналитической психотерапии» (1940), «Интерпретация сновидений» (1943), «Компульсия и сомнение» (1949).

Установлено, что Штекель провел анализ более чем десяти тысячам пациентов. Он подчеркивал обучающую роль психоаналитика и рассматривал терапевтические отношения как активное партнерство, а также считал, что цели, которые выдвигает пациент, имеют первостепенное значение и что важно научить его распознавать истинные и ложные цели. Меньшее значение, чем Фрейд, он придавал необходимости понимания пациентом детских истоков его проблем.

С помощью активного анализа сновидений (часто не прибегая к *свободным ассоциациям*), акцента на актуальном конфликте он добивался терапевтических результатов в более короткие сроки, став тем самым одним из предшественников краткосрочного психоанализа.

См. также *Краткосрочная психодинамическая психотерапия*.

**АКТИВНАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СЛАВСОНА** (Activity Group Psychotherapy). Славсон (Slavson S. R.), по образованию инженер, стал одним из ведущих специалистов в США в *аналитической групповой психотерапии*. Аналитическая групповая психотерапия, в его представлении, использует все те же приемы, которые применяются в индивидуальном психоанализе: *свободные ассоциации*, анализ словесных проявлений, сновидений, *сопротивления*, *интерпретации*, *переноса*. Что касается интерпретаций сновидений, то их осуществлял не только психотерапевт — к этому привлекались и члены группы. Важную роль играла установка психотерапевта на создание оптимальных условий для спонтанного проявления активности пациента, чему во многом способствовала обстановка занятий. Помещение, где проводились занятия, было оборудовано разнообразнейшими инструментами, материалами, предметами, стимулирующими индивидуальную деятельность. Каждому пациенту предоставлялась возможность делать все, что он хочет, если при этом он не ограничивал деятельность других участников группы. Постоянно подчеркивалась несвязанность членов группы какими-либо правилами, заданиями и пр. Модель А. г. п. С. в своей основе интраперсональна, она рассчитана на индивидуального пациента.

Автор метода был убежден, что возникновение в группе *групповой динамики* — психотерапевтически негативное явление, препятствующее спонтанному самораскрытию каждого. Групповые нормы, лидерство считались сомнительными средствами для достижения терапевтических целей. Каждый пациент добивался результатов ценой собственных усилий, собственными средствами и возможностями. В группе должна быть групповая сплоченность, но в весьма малой степени. Пациенты должны заниматься своими собственными проблемами, а не проблемами группы. Не было никакого намека на «организацию», никаких приказов. Вырабатываемая групповая модель играла свою роль в А. г. п. С., но это была не терапевтическая, а общественная группа. Подобного взгляда на

психоаналитическую групповую психотерапию в США придерживался также Вольф (Wolf A., 1950). Совокупность перечисленных условий создавала наиболее благоприятные возможности для достижения *инсайта* и переживания *катарсиса*.

Теоретические предпосылки метода основывались на следующих положениях: 1) спонтанная активность облегчает выявление и анализ механизмов проекции, действующих у пациентов; 2) активно функционирующая игровая группа обостряет у индивида психологическую проблематику наиболее «игрового» периода в его жизни — раннего детства — и тем способствует *осознанию* и отреагированию возникших в этот период конфликтов; 3) больные неврозами не в состоянии отдавать себе отчет в собственных неосознаваемых тенденциях, однако прекрасно умеют выявлять их у других в обстановке совместной групповой активности.

Указанный метод был разработан и применялся прежде всего в *детской психотерапии* (1933-1943 гг.). В группу входили дети с делинквентным поведением, находящиеся в психотравмирующей среде. Группы подбирались по полу и по возрасту. Членов группы помещали в комнату, оборудованную раздвижными столами, в кабинетах были краски, бумага и другие материалы. Занятия длились 60-90 минут, причем детям предоставлялась полная свобода действий: каждый мог делать что хочет, без всякой групповой цели. Психотерапевт не имел в такой группе никакой специфической роли, не наказывал и не хвалил детей. Он только присутствовал, не вмешиваясь в действия детей, лишь указывал им на то, что они «приняты» (как члены группы), — это и был метод, базирующийся на любви, который должен был заложить основы успокоения и укрепления «Я» детей.

А. г. п. С. в определенной модификации применялась автором также для лечения взрослых.

**АКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПО ИВАНОВУ.** Метод корригирующего воздействия, предложенный Н. В. Ивановым, осуществляется путем регулярных, систематических бесед с больным, построенных на основе *разъяснения* и *убеждения*, с целью формирования у него активного противодействия заболеванию.

В качестве теоретической основы автор метода привлекает учение И. П. Павлова. В основе активной психотерапии лежат: а) охранительный и б) активирующий принципы, которые имеют разный удельный вес в каждом конкретном случае, в зависимости от формы заболевания, его течения, особенностей личности больного. При этом охранительный аспект имеет целью успокоение больного, смягчение болезненных ощущений, снижение эмоционального реагирования, а стимулирующий направлен на мобилизацию компенсаторных защитных сил организма в противодействии тем или иным симптомам болезни, усиление социальной активности больного, включение в полноценную трудовую деятельность.

А. п. п. И. не предполагает строго разработанной методики построения врачебных бесед. Единственное основное требование сводится к тому, чтобы каждая из них являлась определенным обобщением проявлений заболевания и его динамики. Содержание *психотерапевтических бесед* определяется прежде всего тем конкретным материалом, который сообщает больной при каждом своем посещении. При этом направленность бесед, по автору, должна иметь ступенчатый, поэтапный характер. На первом этапе лечения в процессе подробного сбора анамнестических данных основной акцент психотерапевтического воздействия делается на устранении страхов и опасений, связанных с болезнью, успокоении и пробуждении определенной надежды на выздоровление. На втором этапе врач занимает более активную позицию в обсуждении различных сторон жизни пациента, выявлении условий развития болезни. Используя конкретные факты из жизни пациента, врач убедительно и настойчиво показывает больному несостоятельность его опасений, чрезмерность оценки тяжести заболевания. При этом во все более возрастающем объеме он насыщает свои беседы материалом третьего, решающего этапа психотерапии. На третьем этапе основной задачей психотерапевтического воздействия является формирование у больного позиции активного противодействия болезни. Психотерапевт настойчиво убеждает пациента в необходимости возвращения его к деятельности во всех ее видах, методически обеспечивает переход больного, несмотря на негативные его установки, на активный трудовой путь. На всех этапах А. п. п. И. подчеркивается особая роль эмоциональной атмосферы во время врачебных бесед, обязательное присутствие в них ободряющей задушевности.

**АКТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ТОНУСА ПО СТОКВИСУ.** Модификация *аутогенной тренировки*, в которой расслабление определенных мышечных групп становится самостоятельной ее

целью. Показанием для применения метода, по мнению Стоквиса (Stokvis B.), является невротическая симптоматика (без признаков невротического развития личности). Стоквис полагает, что длительная концентрация внимания на мышцах вызывает их произвольное напряжение, поэтому продолжительность занятий не должна превышать 10 минут. Перед началом лечения обычно проводятся пробы на внушаемость. Большое внимание уделяется выработке у пациента ответственности за результаты лечения и установлению у него доверительных отношений с врачом. Тренировки проводятся в одно и то же время (считается, что лучше пропустить их, чем перенести на другой час). Занятия индивидуальны. Пациенты создают собственные формулы-намерения, которые воспроизводятся психотерапевтом во время сеанса. Вслед за успокоением («Теперь я лежу совсем спокойно») пациент, находящийся в положении лежа, стремится последовательно расслаблять мышцы плеч, предплечий, кистей, ног, живота, груди, головы, рта, носа, глаз, ушей, лица и затылка. По мнению Стоквиса, основную роль играет не собственно *релаксация*, а переживание ее пациентом, поэтому можно понять предложение расслаблять, например, мышцы глаз и ушей. Для усиления расслабления применяются суггестия, прикладывание рук, образные представления напряжения и расслабления мышц вместе с дыхательными упражнениями. Целью тренировок считается расслабление, как мышечное, так и духовное. Больной мысленно говорит себе: «Благодаря глубокому и полному расслаблению представления, которые я сейчас вызываю, осуществляются». Сеанс завершается, как и в случае *гипноза*, *внушением* на фоне счета: один — тяжесть уходит, два — глаза открываются и т. д.

**АКТИВНАЯ ТЕХНИКА ПСИХОАНАЛИЗА ФЕРЕНЦИ.** Ференци Шандор (Ferenczi S., 1873-1933) — выдающийся австро-венгерский психиатр и психоаналитик. Получил медицинское образование в Вене. Заинтересовался *психоанализом* в 1907 г. благодаря работам цюрихской школы Блейлера (Bleuler E.), *Юнга* (Jung C. G.). Длительное время поддерживал дружеские отношения с *Фрейдом* (Freud S.), сопровождал его в поездке по США (1909 г.) и прошел у него свой учебный анализ. Разрыв произошел в конце 1920-х гг. по инициативе Фрейда, который возражал против предлагавшихся Ференци изменений техники психоанализа. В период Венгерской республики 1918 г. возглавлял первую в мире кафедру психоанализа, созданную правительством Бели Куна по требованию студентов. Инициатор создания Международной психоаналитической ассоциации (1910) и основатель Венгерской психоаналитической ассоциации (1913), которую возглавлял вплоть до своей смерти. Оставил после себя значительное количество публикаций, посвященных самым различным вопросам теории и практики психоанализа. Вел большую педагогическую работу; среди его учеников такие выдающиеся ученые, как Радо (Rado S.), Кляйн (Klein M.), Балинт (Balint M.). В посвященном ему некрологе Фрейд отметил, что Ференци «сделал всех психоаналитиков своими учениками».

Ференци был выдающимся практиком психоанализа. Он считал, что безнадежных случаев для аналитика не существует. Зайдя в тупик в анализе трудного пациента, он предпочитал не отказываться от продолжения терапии, а искать возможности модификации классического метода, адаптируя его применительно к задачам конкретного больного. Этот принцип произвел, по существу, революцию в психоанализе.

К открытиям Ференци в области техники психоанализа относится обнаружение того, что невербальное поведение и вегетативные реакции пациента во время сеанса являются «скрытыми сообщениями», которые могут быть не менее информативными, чем вербальное содержание *свободных ассоциаций*. Таким образом, он существенно расширил поле наблюдения аналитика. Он ориентировал больного не только на самонаблюдение за этими реакциями, чтобы раскрыть их содержание по контексту, в котором они появились, но и на то, чтобы иногда намеренно провоцировать их. Ференци обратил внимание на коммуникативную функцию сновидений, утверждая, что их появление определяется иногда бессознательной целью сообщить определенному лицу их содержание.

Наибольшее внимание из технических модификаций Ференци привлекли его попытки ускорить ход анализа, отходя от правила абстиненции. То, что это послужило причиной разрыва с Фрейдом, несколько парадоксально, поскольку последний на практике сам его не всегда соблюдал, используя, например, метод парадоксальной интенции. Ференци считал, что появление терапевтического эффекта можно ускорить, превращая на определенных этапах психоанализ в психотерапию, т. е. позволяя врачу воздействовать на больного своими эмоциями. Он оправдывал это тем, что анализ нарушенных в раннем детстве отношений с родителями вызывает сильное *сопротивление* пациентов в связи с

болезненностью воспоминаний, сопровождаемых чувствами агрессии и вины. Для преодоления этого сопротивления должна быть воспроизведена атмосфера отношений раннего детства, в которой аналитик, в отличие от реальных родителей больного, должен играть роль эмоционально теплой, безгранично любящей и всепрощающей матери. Это требование вытекало из опыта повседневной практики Ференци, который признавался, что был поражен тем, как много больных неврозами были нелюбимыми детьми. Свою так называемую «активную технику» он называл «детским анализом взрослых». Искусственное форсирование *переноса* по Ференци включает эмоциональное подбадривание, сообщение дружеских советов, нежности и доброты в позиции аналитика. Сам Ференци был достаточно щедр на изъятие *эмоциональной поддержки*, он мог сажать больных себе на колени, как маленьких детей, ласкать и целовать их. Фрейд скептически относился к этим новшествам. Отдавая себе отчет в том, что намерения Ференци оставались в строго терапевтических рамках, он возражал против широкого применения активной терапии, опасаясь, что она открывает возможности злоупотреблений со стороны недобросовестных аналитиков, а также способствует фиксации инфантильной позиции больных, блокируя формирование их автономного поведения. Сама по себе эмоциональная поддержка врача не обеспечивает конструктивного обращения больного к решению проблем своей повседневной жизни. Тем не менее именно принципы активной терапии привели в дальнейшем к разработке *психоаналитической психотерапии*, ориентированной на лечение больных психозами.

Ференци был первым, кто выдвинул глубинную психологию в качестве основы современной педагогики. Он рассматривал воспитание как профилактику неврозов, считая, что оно играет гораздо большую роль в формировании структуры характера, чем наследственные факторы. Он говорил, что претворение в жизнь педагогическими средствами аналитических принципов *психогигиены* явилось бы одной из величайших революций в истории человечества. Предотвращение сексуальных конфликтов должно быть при этом лишь частью воспитания, которое включает борьбу с формированием авторитарных и агрессивных тенденций.

Разрабатывая теорию переноса, Ференци обратил внимание на то, что он представляет собой проекцию на психотерапевта стереотипов ранних конфликтных отношений с родительскими фигурами. Тем самым он выдвинул психоаналитическую теорию природы *гипноза*. Ференци увидел, что гипноз вызывается самим пациентом в силу его бессознательного желания вызвать материнский или отцовский образ и подчиниться его влиянию. Он разделял поэтому так называемый «материнский» гипноз, где основную роль в технике психотерапевта играет ласковое, убаюкивающее обращение, и «отцовский», в котором на первый план выступает строгая, властная позиция. Ференци говорил, что больной неврозом идет по жизни, как загипнотизированный, в том смысле, что его поведение определяется эмоциями, преформированными в ходе раннего общения с родителями. Терапия должна принести освобождение от этих неосознаваемых и непроизвольно воспроизводящихся стереотипов.

Ференци также является пионером психологии «Я», которой в психоанализе первоначально не придавалось большого значения, поскольку считалось, что в психодинамике главную роль играют не защитные механизмы «Я», а инстинктивные побуждения, исходящие из «Оно». С точки зрения Ференци, «Я» в своем развитии проходит длинный путь от фантазий магического всемогущества, характерных для ранних этапов развития и объясняющих широкую популярность сказок в детском возрасте, до зрелого восприятия своей роли в окружающем мире с формированием автономного поведения в границах возможностей своего реального приспособительного поведения. Ориентировка на управление миром и удовлетворение своих потребностей с помощью иллюзии всемогущества универсальна и в разной степени пронизывает жизнь каждого человека, особенно рельефно выступая у больных неврозами. В зрелом возрасте эти тенденции имеют свойство проецироваться вовне на окружающие лица и символы, от которых ожидается магическая защита и помощь. Эти инфантильные установки объясняют устремление к религии и обеспечивают хлеб насущный знахарям, магнетизерам и прорицателям. По мнению Ференци, чувство неполноценности является не первичным, как думал Адлер (Adler A.), а производным от стремления к контролю окружающего. Неполноценным, таким образом, чувствует себя лишь тот, кто жаждет магической власти, не умея обеспечить удовлетворение своих потребностей в реальном существовании. Ференци указал на важность перехода от проекции на магические символы к ориентированной на реальность речи в формировании зрелого «Я» как гаранта

успешности приспособительного поведения.

Наибольший успех принесли Ференци его нововведения в практике психоанализа, где он приобрел репутацию «бунтовщика». В том же, что касается теории, он был ортодоксальным фрейдистом, всегда оставаясь на позициях биологизма Фрейда, его теории инстинктов и метапсихологии, что оставляло его вне русла позднейших тенденций развития психоанализа.

**АКТИВНОЕ САМОВНУШЕНИЕ ПО РОМЕНУ.** Методика, разработанная А. С. Роменом (1967), включает два этапа обучения. На первом этапе больные обучаются произвольно вызывать у себя состояние покоя. При этом используются упражнения на мышечное напряжение, расслабление, дыхательные упражнения, словесные формулы *самовнушения* и образные представления. Так формируется фоновое состояние, способствующее последующей реализации целевого самовнушения. На втором этапе больные обучаются умению реализовать те или иные целенаправленные самовнушения для произвольного воздействия на физиологические процессы организма или болезненные нарушения.

При применении методики А. с. п. Р. в клинике на втором этапе обучения проводится подготовка пациентов в трех основных направлениях: а) уменьшение проявлений имеющихся нарушений; б) предупреждение возможных болезненных расстройств; в) выработка необходимых (и восстановление прежних) навыков. Лечение осуществляется эффективнее, если самовнушению на основных этапах обучают индивидуально каждого пациента: в первую неделю 1 раз в день, во вторую — через день и далее — 1 раз в неделю. В заключение лечебных мероприятий проводятся и коллективные занятия. Методика позволяет пациенту в короткие сроки (2-4 недели) овладеть техникой самовнушения.

**АКТИВНО-КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ВОЛЬГЕШИ.** Основана на учении И. П. Павлова и К. М. Быкова о регулирующей деятельности коры головного мозга и об условных рефlekсах, образованных от рецепторов внутренних органов. Исходя из этих теоретических положений, результатов экспериментальных исследований и собственной врачебной практики, Вольгеша (Volgyesi F. A., 1959) сформулировал положение, согласно которому психотерапия необходима при лечении не только функциональных расстройств, но и соматических нарушений, в этиопатогенезе которых психический компонент не играет видимой роли, однако должен быть учтен и поставлен по крайней мере на один уровень с соматическим в процессе лечения, реабилитации и профилактики. А.-к. п. В. была названа активной потому, что с самого начала лечения предполагала целенаправленное воздействие на пациента, осуществляемое частично с помощью *убеждения*, аргументов здравого смысла, частично гипносуггестивными методами, применяемыми в соответствии с индивидуальными нервно-типологическими особенностями больного. (В этом смысле А.-к. п. В. противопоставлялась *психоаналитической психотерапии*, в процессе которой анализ сновидений, *свободные ассоциации* предполагают пассивную позицию больного.) Название метода включает определение «комплексная», так как, по мнению автора, лечебные воздействия должны осуществляться по возможности в тесном сочетании и координации с клиническими и лабораторными исследованиями. Кроме того, в процессе лечения должны учитываться семейные отношения, социальное положение и все то, что окружает больного.

А.-к. п. В. представляет собой методологический подход, в котором автор ставит перед собой задачу свести результаты различных направлений науки (морфологии, физиологии, психологии) к общему языку и единой терминологии. Вольгеша считал, что в «послепавловский» период развития науки искусственно созданные границы и изоляция ее областей и школ не только могут, но и должны быть преодолены. В качестве такого объединяющего языка он предложил учение об условных рефlekсах И. П. Павлова. Целью А.-к. п. В., исходя из этого, являлось создание и укрепление новых положительных условных рефlekсов посредством вербальных (интеллектуальных, логических, гипносуггестивных) и соматотерапевтических методов. В этом смысле А.-к. п. В. (амбулаторная или стационарная) может быть названа, по мнению ее автора, «индивидуальной или коллективной условно-рефлекторной психотерапией».

Практическое применение А.-к. п. В. нашла в «Школе больных», как Вольгеша назвал созданное им движение. Целью этого движения являлось распространение лечебного воздействия на семью, школу, рабочие места и весь окружающий мир больных, а также «кандидатов» в больные. В задачи «Школы больных» входила медико-пропагандистская деятельность, ознакомление населения с научно-медицинскими достижениями, терминами, понятиями и методами лечения.

**АКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ПОДГОТОВКИ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ.** Активные методы обучения в последнее время начинают занимать все более существенное место в подготовке специалистов в самых различных областях общественной практики. Базовая подготовка в области психотерапии включает теоретические и практические аспекты. Это лекционные курсы, семинарские и практические занятия, а также использование активных методов обучения. Собственно практические занятия предполагают участие обучающихся в качестве наблюдателей в психотерапевтическом процессе (индивидуальная, групповая, *семейная психотерапия*) с последующим обсуждением в учебной группе. Активные методы обучения включают:

1. *Социально-психологический тренинг*, целью которого является повышение компетентности в сфере общения, учитывая значимость общения в системе пациент—психотерапевт.

2. *Балинтовские группы*, целью которых является анализ и совершенствование взаимоотношений между пациентом и психотерапевтом. В таких группах внимание уделяется, преимущественно, личностным позициям и установкам, проблемам и конфликтам психотерапевта, препятствующим достижению оптимального контакта с пациентом и эффективности работы. Задачи балинтовских групп состоят в следующем: а) повышение компетентности в профессиональном межличностном общении, б) *осознание* личностных «слепых пятен», блокирующих профессиональные отношения с пациентом, в) расширение представлений о лечебном процессе как единстве биопсихосоциальных воздействий, г) *психопрофилактика* участников группы, основанная на возможности проработки неудачных случаев в ситуации групповой поддержки.

3. Супервизорские группы (*супервизия* в индивидуальной и в групповой формах), направленные на приобретение в групповой ситуации опыта собственной практической работы, получение от коллег профессиональной *обратной связи*, обсуждение трудных случаев с точки зрения профессиональных навыков.

4. Тренинговые *психотерапевтические группы*. Основные задачи тренинговых психотерапевтических групп состоят в следующем: а) приобретение в процессе непосредственного взаимодействия в группе новых знаний в области клинической и социальной психологии, психологии личности и группы, биопсихосоциальной концепции человека, б) обучение методическим приемам и техникам психотерапии, в) ознакомление с *групповой динамикой*, повышение чувствительности к групповым процессам, развитие навыков использования групповой динамики в *психотерапевтических целях*, г) познание себя, развитие самосознания, личности, совершенствование навыков саморегуляции.

Эти задачи могут быть реализованы в соответствующих типах *тренинговых групп*. Наиболее эффективным представляется тип групповой работы, охватывающий все указанные задачи, который может быть определен и как личностный тренинг, и как групповой динамический *тренинг*, и как *тренинг сенситивности*, и как тренинг личностного роста. Основной его целью является развитие и совершенствование способности человека воспринимать и понимать самого себя и других людей в контексте группового взаимодействия, иными словами, повышение чувствительности к групповым процессам, собственной личности и другим людям. Конкретные задачи такого тренинга охватывают 6 основных сфер: 1. Групповые процессы: а) формирование межличностных отношений и изучение процессов, происходящих в малых группах, б) повышение чувствительности к групповым процессам, в) развитие умений успешно вмешиваться во внутригрупповые ситуации, г) развитие умений использовать групповые процессы в целях психологического воздействия. 2. Познание других людей: а) расширение межличностного сознания (т. е. знания о других людях) и диагностических умений в межличностной сфере, б) развитие и совершенствование способности наблюдать, воспринимать и понимать психологические проявления и своеобразие других людей, в) развитие способности применять различные теоретические подходы для *интерпретации* и прогнозирования поведения других людей. 3. Самосознание: а) познание себя и совершенствование самопонимания, б) расширение сферы самосознания, в) усиление чувства самоидентичности, г) развитие личности, д) совершенствование навыков саморегуляции. 4. Теоретический аспект: а) приобретение в процессе непосредственного взаимодействия в группе новых знаний в области психотерапии, психологии личности и группы, клинической и социальной психологии, биопсихосоциальной концепции человека, б) формирование четких представлений об обусловленности основных направлений психотерапевтической практики соответствующими концепциями нормы и патологии (подходами к пониманию личности и природы



личностных нарушений). 5. Методический аспект: а) ознакомление с методическими приемами и техниками психотерапевтической работы в группе, б) развитие навыков использования групповой динамики в психотерапевтических целях. 6. Деонтологический аспект: формирование представлений о деонтологических и этических аспектах психотерапевтической практики.

Повышение восприимчивости к групповым процессам, к собственной внутренней жизни и внутренней жизни других людей, к своим и чужим ролям, позициям, установкам и отношениям, развитие открытости, искренности и спонтанности осуществляется в рамках тренинга за счет использования межличностного взаимодействия и межличностных взаимоотношений, анализа группового процесса и основных его стадий, анализа таких феноменов, как групповые цели и нормы, роли, групповая структура, проблемы руководства и лидерства, групповые конфликты, групповое напряжение и групповая сплоченность и т. д. В этом отношении такой тренинг имеет много общего с *групповой психотерапией*, однако в отличие от нее он в значительно большей степени (но не исключительно) ориентирован на ситуацию здесь и теперь, на исследование группового процесса, особенностей поведения участника в группе и его влияния на других людей, собственных ограничений и возможностей при взаимодействии с окружающими, в том числе и в сфере профессиональной деятельности. Использование этой формы тренинга позволяет развивать у будущих руководителей групп чувствительность к групповому процессу, способность к его более адекватному пониманию и использованию в ходе групповой работы, умение понимать отношения, установки, психологические проблемы и внутренние конфликты других людей на основании анализа группового взаимодействия, а также способствует более глубокому пониманию собственной личности, собственных установок, позиций, отношений, потребностей и мотивации. Совершенствование самопонимания, расширение сферы самосознания, осознание собственных «слепых пятен», развитие личности является важным аспектом профессиональной подготовки психотерапевтов, так как она предполагает не только овладение конкретными методами, техниками и приемами практической работы на основе базового образования, прежде всего, теоретических знаний, но и личностный тренинг. Личностный аспект подготовки важен не только для психотерапевтов, но и для всех специалистов, деятельность которых осуществляется в рамках системы «человек—человек». Но особое значение этот аспект приобретает в том случае, если профессиональная деятельность предполагает необходимость вскрытия, анализа, объяснения и интерпретации разнообразных психологических проявлений человека, что и составляет существенный аспект деятельности психотерапевта, будь то диагностика или собственно психотерапевтическая работа. В диагностике, при анализе и интерпретации клинических данных, результатов психологического исследования, субъективный фактор играет существенную роль, но особое значение он приобретает в психотерапевтической работе. Здесь личностные особенности, неудовлетворенные или неосознаваемые потребности, собственные проблемы и внутренние конфликты могут существенно затруднять и искажать видение, понимание и интерпретацию психотерапевтом актуальной ситуации взаимодействия, психологических особенностей и проявлений другого человека, выбора адекватных способов воздействия. Именно поэтому включение в подготовку психотерапевтов программ, ориентированных на совершенствование самопонимания, и личностное развитие является чрезвычайно важным. В этом смысле такие группы мало отличаются от групп личностного роста для здоровых (непрофессионалов), или даже от групповой психотерапии с невротическими пациентами. Общей целью всех этих групп является расширение сферы самосознания и рост самопонимания, создающие возможности для более полноценного функционирования человеческой личности, в том числе и в профессиональной сфере. Наряду с развитием и совершенствованием способности человека воспринимать и понимать самого себя и других людей в контексте группового взаимодействия, такой тренинг выполняет и ряд других важных функций, связанных с теоретическим, методическим, деонтологическим и этическим аспектами деятельности психотерапевта.

**АЛЕКСАНДЕР** Франц (Alexander F. G., 1891-1964). Немецкий психоаналитик, психиатр, исследователь психосоматических заболеваний. В 1930 г. переехал в США, где в 1939 г. организовал Чикагский психоаналитический институт. Автор концепции специфического эмоционального конфликта, *коррективного эмоционального опыта*. Разработал идеи краткосрочного психоанализа, в частности путем прерыва в курсе лечения.

Под психосоматическим подходом А. понимал одновременное использование физиологического

и психологического методов и представлений. Он исходил из необходимости при психосоматических исследованиях как детального описания психологических закономерностей, так и клинко-инструментального контроля за сомато-вегетативными процессами.

Следуя за *Фрейдом* (Freud S.) в признании различий между конверсионными реакциями и вегетативными симптомами, связанными с невротическим состоянием, А. различал, в свою очередь, истерические конверсионные реакции и адекватные изменения в вегетативном функционировании, выявляемые при эмоциональном напряжении. Подобно Фрейду, он видел в конверсионной реакции символическое выражение эмоции, которая должна быть вербализована, но отвергается и подавляется вследствие переживания вины и стыда. Тело служит инструментом для этого выражения. При вегетативном неврозе физиологические симптомы сопровождают эмоциональное напряжение вследствие отсутствия внешних, прямых действий, способных разрядить аффект. В дальнейшем обратимые функциональные симптомы ведут к необратимым морфологическим повреждениям. Причину блокады открытых действий А. видел в паттернах конфликтности, что ведет к актуализации конфликтов из превербальной области индивидуума. По мнению А., симптомы вегетативных неврозов являются не выражением подавленной эмоции, а сопутствующими физиологическими нарушениями при определенных эмоциональных состояниях. Он полагал, что паттерны конфликтности могут быть выявлены в процессе *психоанализа*. Особое внимание А. уделял описанию конфликтности и поиску ее специфичности для определенных физиологических типов реакций. Выявлялись различия в трех уровнях психосоматических соотношений и взаимосвязь различных соматических заболеваний с характером эмоционального состояния и направленностью вегетативного тонуса.

По А., психосоматическое заболевание возникает как следствие эмоционального напряжения, являющегося проявлением внутреннего личностного конфликта с различной степенью его вытеснения. Он выделял истерическую конверсию, вегетативный невроз и психосоматическое заболевание. В первом случае наблюдается символическая переработка вытесненного эмоционального конфликта, что приводит к расстройствам в зоне произвольной иннервации (истерические моносимптомы: амавроз, сурдомутизм, астазия-абазия и т. д.). При вегетативном неврозе конфликт более глубокий, эмоциональное напряжение реализуется через вегетативные нарушения в форме дисфункций сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной и других систем. Эти расстройства являются вегетативными компонентами внутриличностного конфликта. При психосоматическом заболевании конфликт полностью не осознается, и в результате хронического эмоционального напряжения возникает соматическое расстройство.

Вертикальную шкалу своей классификации, в основу которой была положена степень вытеснения эмоционального конфликта, А. дополнил горизонтальной, где характер соматического заболевания определялся типом эмоционального состояния. Он считал, что определенные эмоциональные конфликты избирательно воздействуют на функционирование различных органов и систем. Так, возбуждение, гнев влияют на сердечно-сосудистую систему; ипохондрические переживания, чувство одиночества, печали воздействуют на трофические функции и проявляются в виде нарушений работы желудочно-кишечного тракта; конфликты между сексуальными влечениями и их внешним подавлением ведут к дыхательным дисфункциям. В своем подходе А. опирался на исследования Кеннона (Cannon W. B.); симпатическая система ответственна за подготовку к реакциям борьбы и бегства, парасимпатическая регулирует анаболические процессы. Под влиянием парасимпатической системы индивид удаляется от внешних проблем в свое вегетативное существование, а активация симпатической поворачивает его вновь лицом к внешнему миру.

А. выделил две группы эмоциональных состояний, сочетающихся с напряжением вегетативной нервной системы. К первой группе относятся подавленная агрессивность, сдерживаемый гнев, враждебность к внешнему миру, которые через симпатическую активацию способствуют развитию гипертензии, сердечно-сосудистых нарушений. Хроническое мышечное напряжение может быть патогенетическим фактором в происхождении артритов, повышение сосудистого тонуса ответственно за головные боли, мигрень. Влияние на эндокринную систему ведет к развитию тиреотоксикоза, диабета.

Вторую группу составляют неудовлетворенные потребности в уверенности, защищенности, принятии окружающими, нереализованные сексуальные побуждения, что способствует возбуждению

парасимпатической системы, холинергических структур и ведет к развитию патологии желудочно-кишечного тракта: язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, язвенного колита, а также бронхиальной астмы и кожных заболеваний (нейродермит). В основе различных форм нарушений питания лежит чувство вины как центральная эмоциональная проблема.

Представления А. о глубине вытеснения эмоционального конфликта, которые разнятся по уровню разрядки связанного с ним эмоционального напряжения (экспрессивный при истерической конверсии, вегетативный при вегетативном неврозе, соматический при психосоматическом заболевании), с одной стороны, и сопряженность определенного эмоционального состояния с соматическим заболеванием — с другой, составили основу его концепции специфического эмоционального конфликта.

**АЛХИМИЧЕСКАЯ ГИПНОТЕРАПИЯ КЬЮГЛИ.** Разработана Кьюгли (Quigley D., 1984) и изложена в его руководстве к практическому применению, которое является учебником по А. г. К. при профессиональной подготовке гипнотерапевтов в США.

Используется неклассическая форма *гипнотерапии*, акцентирующая внимание на формированиях, которые находятся на подсознательном уровне и обозначаются как независимые внутренние личности (архетипы *Юнга* всего лишь некоторые из них). Данные личности содержат внутри себя как причину, так и средства избавления от эмоциональных и душевных проблем. Собранный воедино особый набор техник обращения с этими личностями и был назван Кьюгли алхимической гипнотерапией. Этот процесс имеет аналогии с теориями и методами древних алхимиков, истинной задачей которых было использование внутренних сил для трансформации психических и эмоциональных фрагментов нашего сознания в золото самореализации.

Основная цель А. г. К. состоит в том, чтобы способствовать каждому человеку в установлении контакта с собственными истинными советчиками, которые сменяют психотерапевта и выводят пациента на самостоятельный уровень творчества и самоисцеляющей силы. А. г. К. включает в себя 4 последовательных процесса.

Первый — Эфирный Уровень общения, позволяет завершить отношения пациента с другими, без необходимости сталкивания с ними лицом к лицу. «Эфирный Уровень — это тот универсальный океан чувств, который объединяет всех живущих через их эмоции и подсознательные образы. Использование этого уровня коммуникации позволяет преодолеть *сопротивление* сознания. Возможно даже преодоление границы смерти, чтобы завершить отношения. Проживание и изменение событий — это процесс освобождения от травмы и боли прошлого эмоционального опыта с целью избавления от горечи, сожаления, одиночества и предвзятых представлений».

Второй — работа с Внутренним Ребенком. Это очень специфический способ настроиться на особые эмоциональные потребности и сделаться способным встретить эти идущие из глубины потребности, становясь скорее любящим родителем этого ребенка, нежели кем-то зависящим от поддержки и заботы лиц извне, или хороня при этом нашего одинокого Ребенка под бесчувственной хрупкой внешностью.

Третий — работа с Внутренним Союзником. Внутренний Союзник является как идеальным возлюбленным, так и родителем противоположного пола для Внутреннего Ребенка, дополняет внутреннюю семью, формируя самоподдержку.

Четвертый — работа с Истинными Наставниками. Этот процесс включает в себя взаимодействие с Истинными Наставниками для объединения всех неравных элементов бессознательного посредством техники «Конференц-зал» в мощную силу для трансформации себя и своего мира.

Для осуществления 4 этапов работы первоначально пациент вводится в состояние неглубокого *гипноза*. Психотерапевт начинает с использования любых релаксационных техник, предназначенных для того, чтобы ввести пациента в спокойное, дремотное состояние. Способы наведения транса могут быть разными — от *аутогенной тренировки* или метода прогрессирующей *релаксации* до техник управляемого воображения и *эриксоновского гипноза*. После общих слов, способствующих релаксации, психотерапевт говорит примерно следующее: «А теперь вы можете представить перед собой лестницу, которая имеет 10 ступеней, и вы можете спускаться по ней очень медленно, пока я буду считать от 10 до 1. Десять: мы начинаем путешествие в волшебное королевство бессознательного, каждый шаг уводит вас все глубже и глубже в спокойствие и умиротворенность. Девять: еще один шаг вниз, еще одна волна

расслабления проходит по вашему телу...» И так далее до самого конца, когда психотерапевт внушает пациенту, что тот видит дверь, и за этой дверью может находиться: 1) для Эфирного Уровня общения, некто — с кем пациенту необходимо поговорить; 2) для проживания и изменения событий — определенное событие; 3) для контакта с Истинным Наставником — прекрасная тропа, на которой его можно встретить; 4) для возвращения в прошлую жизнь — река или туннель времени — что может вернуть пациента к опыту прошлой жизни; 5) для техники «Конференц-зал» — некий зал для заседания субличностей.

Основная инструкция для техники Эфирного Уровня звучит просто: «Есть ли кто-нибудь, с кем вам необходимо сейчас поговорить?» Психотерапевт может затем добавить: «Нет необходимости видеть кого-либо, достаточно чувствовать присутствие того, с кем вам необходимо поговорить». После небольшой паузы пациент может или увидеть, или почувствовать того, с кем ему необходимо выяснить отношения. Для пациента важно говорить вслух, ясно представляя себе, что другой человек реально присутствует там. Как только пациент произносит утверждение, несущее эмоциональную нагрузку, психотерапевт должен сделать все возможное, чтобы пациент полностью выразил свои эмоции. Процедура его взаимодействия со значимыми людьми на этом этапе взята из *гештальт-терапии*, только проводится в условиях транса.

Пример: пациент разговаривает с отцом.

Пациент (П.). (говорит спокойно). Я прощаю тебя за те случаи, когда ты безжалостно бил меня.

Психотерапевт (Пт.). Повтори слова «Ты безжалостно бил меня».

П. (спокойно). Да, ты безжалостно бил меня.

Пт. Твой отец просит прощения?

П. Нет. Ему все равно. (Озлобленно.) Будь ты проклят, тебе всегда было все равно.

Пт. Хорошо. Продолжай.

Психотерапевт на протяжении всех занятий поощряет выражение подлинных чувств любого знака. Для выражения энергии чувств используются различные предметы: скрученное полотенце, подушки (для битья кулаками и ногами), большая подушка для объятий размером с ребенка и др. Во время процедуры пациенту предоставляется возможность перевоплощаться в человека, с которым имеется конфликт.

Пример:

Пт. И ответ твоей матери?

П. Я не знаю...

Пт. Ты бы не хотел сейчас стать своей матерью? Почувствуй себя своей матерью всего на минуту и представь, что она могла ответить.

В гештальт-терапии, проводя эту процедуру с незагипнотизированным пациентом, используют преднамеренную провокацию или оскорбления для того, чтобы вызвать эмоции пациента, в А. г. К. избегают подобных приемов, используя более мягкие формулы.

Освобождение от эмоционального заряда прошлых травмирующих ситуаций заключается в возвращении в памяти к тому времени, чтобы еще раз их «перепрожить» и изменить обстоятельства. Крайне важно, чтобы пациент пережил заново, насколько это возможно, боль, травму, злобу, обиду и т. д., которые он переживал во время этого инцидента.

Внутренний Ребенок является частью каждого человека и активно связан с эмоциями и телесными нуждами. Он несет в себе все травмы и боль детства пациента. Поэтому проводится работа по «спасению» Внутреннего Ребенка. В А. г. К. приводится ряд аргументов с целью помочь пациенту принять ребенка, взять на себя заботу о нем: 1) ребенок является источником удовольствия, забавы, счастья и радости; 2) ребенок помогает поддерживать связь с чувствами и выражать эти чувства; 3) ребенок спасает от бесплодных психических раздумий и скуки взрослой жизни; 4) ребенок придает смысл жизни; 5) ребенок освобождает от одиночества; 6) ребенок является источником творчества и спонтанности; 7) ребенок является источником кротости и, таким образом, ключом к духовному пробуждению.

Высвобождая остатки подавленных эмоций с помощью процедур А. г. К., пациент проходит через ряд радикальных изменений в эмоциональном состоянии. Основная шкала выглядит следующим образом (снизу вверх):

- просветленность;
- проницательность и способность исцелять;
- блаженство, радость, творчество;
- смех, прощение;
- высвобождение эмоций (злость, горе, покинутость, вина);
- боязнь чувств;
- скука, тревожность, депрессия;
- физическая болезнь, боль;
- смерть.

Этап работы с Внутренним Союзником связан с представлениями *Юнга* (Jung C. G.) о том, что в человеке имеется противоположный реальному архетип. Для женщин — это Анимус, для мужчин — Анима. В А. г. К. это и есть Внутренний Союзник, который призван уравнивать и компенсировать слабости и потребности сознательной души. Он также выступает вторым родителем (обычно противоположного пола) для Внутреннего Ребенка пациента. Таким образом формируется Внутренняя Семья. Умение наладить гармоничные отношения между этими структурами и есть суть алхимического процесса. Внутренний Партнер есть модель тех качеств, которые человек ищет в реальном партнере. Работа с Истинным Наставником связывается с системой верований пациента. Таковыми Наставниками могут выступать Внутренний Ребенок или Внутренний Союзник, а могут быть образы, которые связываются в системе верований с высшим «Я» человека. Сложностью работы на этом уровне является дифференциация Посредников и Ложных Наставников. К Посредникам могут относиться образы умерших друзей, родственников, святые и др. К Ложным Наставникам относятся следующие образы:

- 1) судья (йог или священник);
- 2) бунтовщик (свободный художник);
- 3) ложный учитель;
- 4) циник.

В работе с ними рекомендуется с симпатией относиться к их позиции, уступать в незначительных деталях, убеждать их понятными аргументами. Результатом работы с Истинным Наставником является идентификация с ним, которая сопровождается повышенным *осознанием*, спонтанным дрожанием, теплом и электрическим зарядом в теле, интенсивными слезами или смехом и почти непреодолимым экстазом.

Развитие согласованных намерений индивидуума и его воли является целью техники «Конференц-зал». В этом зале проводятся переговоры между личностями из прошлой и настоящей жизни, между Истинными и Ложными Наставниками и Союзниками, Внутренним Ребенком и др. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы привести переговорный процесс к согласию, помочь пациенту увидеть позитивные стороны каждой личности, помочь им прийти к соглашению и заключить контракт об изменении поведения пациента.

Полный сеанс А. г. К., начиная с интервью, введения в транс и кончая заключением, занимает 1,5-2 часа.

**АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** А. п. представляет собой одну из областей так называемой альтернативной медицины. Основным отличием последней является использование альтернативными целителями «концепций врачевания», существенно расходящихся с теми, которые приняты научной (академической, ортодоксальной) медициной.

Понятие альтернативной медицины охватывает широкий спектр методов и практикующих целителей; чаще других к ней относят гомеопатию, акупунктуру, хиропрактику, деятельность хилеров, экстрасенсов и др.

А. п., как и альтернативной медициной в целом, занимаются врачи, имеющие высшее медицинское образование (пользующиеся ее методами исключительно или частично), и лица, не имеющие медицинского образования, но в некоторых странах (США, Германия и др.) получающие разрешение на свою деятельность.

За рубежом, особенно в развитых странах, А. п., как правило, не носит широкого характера, так как не оплачивается страховыми компаниями, а если и оплачивается, то в пределах весьма ограниченного времени работы.

Взаимоотношения между врачами и альтернативными целителями обычно антагонистические, деятельность последних в ряде стран объявлена вне закона. Количество обращений к альтернативным целителям различно и во многом зависит от уровня развития общества и системы здравоохранения в нем. Кризис, переживаемый в последнее десятилетие нашей страной, резкое снижение качества медицинского обслуживания на фоне повышения «магического настроения» общества привели к взрыву альтернативного целительства, достигшего невиданных ранее масштабов. Мотивы обращения к целителям А. п. различны. Чаще всего указываются два основных: отсутствие положительных результатов при лечении у врача и нескладывающиеся взаимоотношения между пациентом и врачом, неудовлетворенность этими отношениями.

Для более полного представления об А. п. существенное значение приобретают характеристики альтернативных целителей, сравнение деятельности врача научной медицины и альтернативного целителя, особенности пациента последнего.

Альтернативные целители: 1) не склонны подвергать свои методы исследованиям в научной медицине, не участвуют в работе профессиональных научных обществ, не публикуют свои работы в профильных журналах; 2) в случае отрицательных результатов дают стандартные объяснения (негативное отношение к методу пациентов или других лиц, присутствующих на приеме, особенности биополя целителя или пациента и т. д.); 3) о результатах лечения судят обычно сами целители или пациенты, отсутствует принятая в современной психотерапии оценка эффективности метода независимым экспертом; 4) не ведется история болезни, обычно вообще нет записей встреч альтернативных целителей со своими пациентами, где бы отмечался характер их общения, динамика болезни, катамнез и т. д.; 5) альтернативный целитель чаще одиночка; как правило, у него нет учеников (обучение в последнее время носит чисто коммерческий характер). В тех случаях, когда ученики имеются, эффективность их деятельности никогда не может быть выше, чем у учителя. С увеличением числа практикующих учеников обычно отмечается уменьшение эффективности метода; 6) для деятельности альтернативных целителей (особенно в «доперестроечный» период) была характерна рекламная поддержка средствами массовой информации, партийно-административной и творческой элитой; 7) альтернативный целитель обычно недостаточно научно подготовлен в своей области, даже если он врач, поэтому к нему часто применяют понятие «шарлатан». На позиции альтернативного целительства, за редким исключением, не переходят высококвалифицированные специалисты научной медицины.

Существуют определенные различия в деятельности врача научной медицины и альтернативного целителя: 1) разница в длительности общения с пациентом (так, в Голландии средняя продолжительность одного контакта с больным врача общей практики составила 7 минут, в то время как в альтернативной медицине — 20 минут (Hewer W., 1983)); 2) альтернативный целитель больше ориентирован на пациента, больше внимания уделяет его тревогам, переживаниям, потребностям; 3) он чаще дает пациенту удовлетворительные объяснения о характере его заболевания, прогнозе и лечении; 4) между альтернативным целителем и пациентом чаще возникает общение на равных; 5) отмечается высокая степень принятия пациента альтернативным целителем, и пациент это чувствует; 6) альтернативный целитель формирует у пациента сильную веру в результаты лечения; 7) он с большим энтузиазмом относится к проведению своей терапии и доказательствам ее эффективности, принимая во внимание соображения самого пациента относительно лечения; 8) для пациента именно альтернативный целитель часто приближается к образу идеального врача.

Для понимания эффективности в ряде случаев альтернативного целительства представляют интерес характеристики пациентов, которые обращаются за помощью к целителям: 1) пациент воспринимает альтернативного целителя с энтузиазмом, верой в исполнение своих ожиданий, чему в большой степени способствует реклама; 2) пациенты платят за лечение, поэтому относятся к нему серьезнее и уделяют ему больше внимания; 3) обращаются к альтернативному целителю обычно после того, как не получили положительных результатов от традиционного лечения; 4) поскольку само обращение к альтернативному целителю часто интерпретируется как девиантное поведение, это приводит к преувеличенной вере пациента в систему альтернативного лечения и самого альтернативного целителя. Это может носить достаточно выраженный агрессивный характер (высокая оплата, преувеличенная оценка возможностей, защитное поведение и т. д.).

Таким образом, альтернативная медицина часто выявляет недостатки научной медицины, не в полной мере учитывающей (а нередко и просто игнорирующей) роль психосоциальных факторов в возникновении, компенсации, декомпенсации и лечении болезни. Альтернативный целитель приобретает психологическую ценность для пациента, удовлетворяя его эмоциональные потребности; его воздействие в большей степени направлено на пациента.

Говоря о положительном терапевтическом эффекте, который наблюдается у части пациентов под влиянием альтернативных технологий, следовало бы прежде всего указать на роль суггестивных воздействий (прямое, косвенное, вооруженное *внушение*), усиливаемых взаимной индукцией, подражанием и верой в неизвестный метод, формируемый не без участия средств массовой информации. При одновременных воздействиях на массы людей следовало бы помнить о таком явлении, как регрессия «к середине». У части пациентов в момент воздействия отмечается «пик» (наибольшая выраженность заболевания), у другой, напротив, ремиссия хронических расстройств. В течение времени альтернативного воздействия, которое продолжается иногда дни и недели, естественно, может наблюдаться уменьшение остроты заболевания у первой части пациентов либо, напротив, его обострение — у второй части. Ни улучшение, ни ухудшение в состоянии пациента в этом случае не может быть полностью связано с альтернативным воздействием.

При альтернативном воздействии речь идет о симптоматическом психотерапевтическом эффекте, обычно недолговечном и угасающем.

Широкая врачебная практика и специально проведенные исследования свидетельствуют о возможных негативных последствиях альтернативного целительства. Чаще всего указывается запоздалая диагностика, связанная со временем, потерянным на лечение у альтернативного целителя, что особенно пагубно для пациентов с онкологической или прогрессирующей нервно-психической и соматической патологией. Отсутствие своевременно начатого лечения во многих случаях определяет неблагоприятный его прогноз.

В ряде исследований сообщается о лицах, объявивших себя экстрасенсами. По данным В. В. Иванова (1990), независимо от наличия или отсутствия психической патологии, у экстрасенсов феномен экстрасенсорных способностей появляется под влиянием социальных действий как специфический адаптационный механизм, что позволяет им субъективно компенсировать личностную дезадаптацию. Автор изучил психопатологические аспекты экстрасенсорности у 67 лиц, объявивших себя экстрасенсами. У 5 из них он установил эндогенную (психическую) патологию, у 25 — личностную, у 37 — выраженные акцентуации характера. Ю.Н. Гаврилюк (1990) в ходе обследования экстрасенсов (35 мужчин и 32 женщины в возрасте от 20 до 55 лет) выявил 3 основные закономерности в природе сверхценных идей у экстрасенсов: 1) сверхценные идеи имели определенную нозологическую специфичность, входя в структуру расстройств психики у лиц с психопатией и больных шизофренией с малопрогредиентной формой; 2) сверхценные проявления служили своеобразной компенсацией патологических проявлений личности, снижая дезадаптацию в рамках акцентуации характера; 3) сверхценные идеи существовали как следствие дидактогений, т. е. были сформированы в ходе социальной индукции. Т. В. Шнуренко (1990) также сообщает, что в клинко-психопатологическом аспекте экстрасенсы достаточно неоднородны. Отношение их к своим экстрасенсорным способностям неодинаково и модулируется явной психической патологией или личностными особенностями.

«Альтернативный взрыв» в нашей популяции не сопровождался, как этого можно было бы ожидать, адекватными опасностями мероприятиями государства, медицины и здравоохранения. Более того, значительное распространение получила точка зрения, что подобные явления наблюдались в истории разных стран в период кризисов и самопроизвольно исчезали при выходе из них. Существует и другая точка зрения. Современное западное общество смогло в основном удовлетворить некоторые важные потребности человека — в пище, одежде и др. Этого нельзя сказать об одной из самых важных человеческих потребностей — в смысле жизни. И до тех пор пока она не будет удовлетворена, у человека сохранится потребность в иррациональном, в чуде. К этому близки высказывания об обсуждаемых явлениях массового сознания известного отечественного философа и социолога М. К. Мамардашвили: «Мне кажется, что все это сказки. Не в том уничижительном смысле, когда говорят, что все это ненаучно, но в глубинном, фундаментальном: это проявление неотъемлемой от человека духовной потребности в фольклоре, мифе, легенде».

Представляется также, что одной из возможных причин распространения альтернативной медицины является все более ощущаемый разрыв между достижениями в ряде научных областей (высадка человека на Луну, все большее приближение к пониманию происхождения Вселенной и другие не менее впечатляющие завоевания науки) и относительно более скромными успехами медицинской науки и практики. Современному человеку с этим трудно смириться и кажется, что в медицине также возможны «скачки» к новому знанию, стоит только устранить на этом пути «помехи», создаваемые ортодоксальной наукой.

Своеобразие альтернативной медицины (А. п.) в России в данный момент заключается в том, что она все в большей мере становится частью парапсихологии (психической онтологии), включающей передачу образного и мысленного содержания на расстояние; перемещение объектов без непосредственного к ним прикосновения; ощущение кожей световых воздействий (дермовидение); определение состояния внутренних органов человека при поднесении к телу рук (паранормальная диагностика).

Сторонников этих направлений объединяет отказ от трудного, длительного пути познания в пользу одномоментного, мгновенного «постижения» внешнего мира с помощью озарения, откровения, прозрения и т. д. На этом пути отпадает необходимость в профессиональном обучении и поиске подлинно научных сведений с помощью все более совершенной техники, поскольку для познания разнообразных явлений природы и человеческого организма вполне достаточно установления «парапсихологического контакта».

Известная устойчивость альтернативных идей в общественном сознании объясняется также снижением интереса и уважительного отношения к науке, истинно научному знанию в нашей стране, охваченной многосторонним кризисом веры, в конце XX века.

См. также *Телевизионная психотерапия, Этико-деонтологические аспекты психотерапии.*

**АМБУЛАТОРНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Вариант проведения психотерапии и связанных с ней консультативно-диагностических мероприятий для проходящих пациентов без госпитализации.

В условиях этапной формы организации психотерапевтической службы А. п. в основном проводится в психотерапевтических кабинетах амбулаторных лечебно-профилактических учреждений как общего профиля (территориальные поликлиники, медико-санитарные части крупных промышленных предприятий), так и специализированных (психоневрологические диспансеры, территориальные *психотерапевтические центры*, центры СПИД, центры кардиологического, гастроэнтерологического и другого профиля). Еще одна форма организации А. п. — полустационарные *психотерапевтические отделения*, организуемые при территориальных психоневрологических диспансерах, центрах психического здоровья, психотерапевтических центрах. Вне территориальных психотерапевтических служб А. п. проводится в кабинетах частнопрактикующих врачей, медицинских кооперативах и лечебно-диагностических учреждениях немуниципальных (негосударственных) форм собственности.

Особенность психотерапевтической специальности (лечебный эффект является следствием непосредственного общения пациента и врача-психотерапевта, каузальные формы психотерапии предполагают длительный период лечения, наилучшие результаты *психотерапевтического вмешательства* достигаются через изменения в системе отношений пациента и, в частности, в микросоциальном его окружении) предполагает проведение психотерапии именно в амбулаторных условиях. Поэтому, в отличие от других медицинских специальностей, амбулаторный вариант оказания психотерапевтической помощи является основным.

Преимуществами А. п. по сравнению со стационарной являются: сохранение имеющегося уровня социальной адаптации, изменение системы отношений в реальной жизни пациента и в отношениях с социальным окружением, отсутствие явлений госпитализма, особенно вероятных при затяжных неврозах из-за адаптивного характера клинических проявлений (условная желательность невротической симптоматики) и имеющих у больных тенденций к ограничительному поведению, доступность и приближенность к населению.

Стационарное лечение (см. *Стационарная психотерапия*) показано пациентам с хроническими и тяжелыми формами неврозов, осложненными органической патологией центральной нервной системы и соматическими заболеваниями, либо таким больным, социальное окружение которых представляет



собой постоянный источник декомпенсации и настолько тяжелого эмоционального стресса, что А. п. является невозможной. В условиях развивающейся психотерапевтической службы направление в психотерапевтические отделения обуславливается еще и отсутствием на данной территории возможности для проведения А. п., например для пациентов, проживающих вне крупных городов, в сельских районах и т. п.

А. п. проводится с использованием практически всех известных методов и форм в рамках различных моделей психотерапии. Доминирующей является ориентация на медицинскую модель, и в связи с этим региональные психотерапевтические службы, как правило, создаются в структуре территориальных отделов здравоохранения.

Основной вариант А. п. в случае медицинской модели — *индивидуальная психотерапия*. Психотерапевтическая программа предполагает включение в психотерапевтический процесс и других видов психотерапии (например, *семейной психотерапии*, *групповой психотерапии*, планирование этапа *поддерживающей психотерапии*). При психотерапии неврозов и заболеваний, главным патогенетическим звеном возникновения и развития которых являются психологические факторы, психотерапевт становится лечащим врачом пациента, определяет и координирует весь курс лечения. В случае нервно-психических заболеваний эндогенной, эндогенно-органической природы при сочетании этой патологии с внутренними болезнями врач-психотерапевт, проводящий А. п., является участником терапевтической бригады, включающей и других специалистов — психиатров, невропатологов, интернистов. При лечении заболеваний, осложненных психологическими реакциями на болезнь, социально-психологической дезадаптацией, невротическими расстройствами, врач-психотерапевт является консультантом и проводит А. п. по направлению лечащего врача. При психозах обязательным участником процесса А. п. становится врач-психиатр, совместно с которым психотерапевт разрабатывает план лечения.

С учетом возможности использования разнообразных методов и форм психотерапии А. п. предполагает создание индивидуальной терапевтической программы, определяющей общие направления психотерапии, перспективный план диагностических, терапевтических и реабилитационных мероприятий, с включением в него задач социальной адаптации и реадaptации пациентов, а в необходимых случаях и медикаментозного лечения. Предполагается преемственное и последовательное решение задач терапии, базирующееся на реальном представлении пациентов о видах психотерапевтической помощи и их готовности к конкретному варианту А. п. С учетом современного законодательства о возможностях и направлениях работы служб охраны психического здоровья (нельзя оказывать помощь пациентам с пограничными состояниями без их согласия и желания), а также имеющих место опасения некоторых пациентов по поводу негативных социальных последствий обращения в учреждения, занимающиеся охраной психического здоровья, А. п. и динамическое наблюдение за состоянием психического здоровья пациентов с пограничной патологией, в том числе и неврозами, часто проводится не на основе критериев медицинского характера (особенности личности, форма заболевания, тяжесть клинического состояния и пр.), а при согласии и готовности пациента к лечению методами психотерапии, отражающих его реальный заказ. В этом отношении А. п. является договорной, и интенсивность, форма проведения и выбор методов А. п. определяются преимущественно самим пациентом. Последовательность задач, которые приходится решать психотерапевту при лечении впервые обратившихся пациентов с неврозами, направленных на лечение территориальной поликлиникой, может быть следующей: 1) проводится консультация, в ходе которой формируется представление о состоянии пациента и психологической природе страдания; 2) на следующем этапе работы, как правило, симптомоцентрированном, проводятся мероприятия по уменьшению симптоматики; 3) при более глубоком *осознании* пациентом причин заболевания, обнаружении связи с поведенческими стереотипами проводится работа по разрешению актуальных внутриличностных и межличностных конфликтов; 4) при трудностях разрешения этих конфликтов ставятся цели и задачи патогенетической психотерапии (например *личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова*) 5) далее проводятся следующие мероприятия, стимулирующие личностный рост, расширяющие возможности пациента по реализации собственных целей. На этапах А. п. происходит постоянное переформулирование заказа пациента с постановкой все более личностных задач. При последовательном и своевременном прохождении основных этапов А. п.

позиция врача-психотерапевта по отношению к пациенту претерпевает изменения: от роли врача-консультанта через роль врача, проводящего симптоматическое, а затем и патогенетическое лечение, к роли психолога-консультанта (семейного психотерапевта, специалиста, обеспечивающего личностный рост). Такая методика проведения А. п. преследует цель создания мотивации к патогенетической психотерапии после использования симптомоцентрированных методов и учитывает практическую возможность самостоятельного включения саногенетических механизмов. Указанная последовательность этапов А. п. возможна при готовности пациента к личностно-ориентированной психотерапии и наличии к ней показаний.

Комплексное решение задач А. п. обеспечивается активным привлечением ближайшего социального окружения, в первую очередь семьи и родственников, что в значительной мере способствует преодолению социальной дезадаптации, интеграции психотерапевтических подходов в реальное окружение пациента.

Планирование методов и форм А. п. проводится с обязательным учетом личностных нарушений разноуровневого характера (Карвасарский Б. Д., 1992). При наличии первичных личностных расстройств предпочтение отдается различным вариантам *симптоматической психотерапии*, ориентированной на устранение ведущей симптоматики. При вторичных личностных нарушениях основным компонентом индивидуальной программы психотерапии является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. А. п. при затяжных невротических состояниях с третичными личностными расстройствами должна включать методы социоцентрированной психотерапии (например, *поведенческой психотерапии*, проводимой индивидуально или в группе пациентов).

Другими вариантами А. п., часто проводимой в дополнение к индивидуальной психотерапии, являются самостоятельная семейная А. п., групповая А. п., *психодрама*, группы саморегуляции, творческие мастерские, психотерапия через участие в психотерапевтическом сообществе, «клубы бывших пациентов».

Групповая психотерапия в амбулаторных условиях имеет ряд особенностей, вызванных в первую очередь организационными трудностями ее проведения. Требования к современным формам закрытых групп (для всех участников группа начинается и заканчивается одновременно) предполагают определенную групповую динамику с закономерным наличием фаз агрессии (см. *Фазы развития психотерапевтической группы*). Сопровождающее эти фазы психологическое напряжение становится существенным препятствием для сохранения терапевтической группы в амбулаторных условиях, при отсутствии дополнительной мотивации к ее посещению и возможности пациентов отреагировать возникшее в группе напряжение в своем реальном жизненном окружении.

Для преодоления этих трудностей при проведении амбулаторного варианта групповой психотерапии используются модели интенсивной групповой психотерапии. В этом случае существенно сокращается время психотерапии, занятия проводятся 3-5 раз в неделю по 4-5 часов в день (Aleksandrowicz J. W., 1975). Набор пациентов в группу осуществляется через отборочные комиссии, в задачи которых входит не только определение клинических показаний к групповой психотерапии, но и оценка реальной мотивации пациента к участию в ней.

Вариантом групповой А. п. считаются открытые группы личностно-ориентированной направленности, когда пациенты сами определяют частоту и время посещений, учитывая рекомендации врача-психотерапевта (см. *Открытые и закрытые психотерапевтические группы*).

Существующие варианты А. п. предполагают широкий охват пациентов различных социальных категорий и возраста. В связи с особенностями задач А. п. ее организация различна для разных возрастных групп. Так, например, А. п. для детей раннего возраста проводится в виде медико-психологической коррекции в кабинетах детских медицинских психологов в муниципальных поликлиниках, помощь подросткам постепенно приобретает очертания самостоятельной службы внутри психотерапии, в связи с чем в структуре муниципальных поликлиник, территориальных психодиспансеров, региональных психотерапевтических центров организуются специальные кабинеты для работы с подростками. В последнее время по инициативе медицинских администраций в некоторых городах России возникают также и специализированные подростковые центры. Для лиц пожилого возраста только начинают создаваться специализированные кабинеты. Особую группу пациентов в А. п.

составляют инвалиды, тяжелобольные и умирающие. Накапливается опыт психотерапевтической помощи этой категории больных врачом-психотерапевтом в хосписах (специализированных учреждениях по оказанию паллиативной помощи умирающим пациентам на территории обслуживания). А. п. в такой ситуации ориентирует пациента на принятие своей болезни, актуализацию жизненных интересов и подготовку к смерти.

А. п. вне рамок медицинской модели психотерапии получает широкое развитие в психологических консультативных центрах, кризисных службах, социально-педагогических учреждениях, психологических службах исправительно-трудовых учреждений вне рамок здравоохранения. Деятельность их, как правило, ограничивается мероприятиями по социально-психологической адаптации, коррекции семейно-супружеских отношений, совершенствованию педагогической деятельности.

Особым видом А. п. в рамках медико-психологической модели выступают кризисные службы с подразделениями *телефонного консультирования* (см. *Кризисная психотерапия*) или самостоятельные службы телефонного консультирования.

При широком развитии А. п. с возникновением новых, нетрадиционных организационных форм требуют решения задачи координации и совместного планирования деятельности, единообразия в критериях определения компетенции различных служб и учреждений.

**АНАЛИЗ СУДЬБЫ.** Теоретическая концепция и предложенный на ее основе метод психотерапии разработаны венгерским психиатром Сонди (Szondi L.), с 1944 г. проживавшим в Швейцарии.

Идеи Сонди являются реакцией на сформировавшееся начиная с 30-х гг. отрицательное отношение *психоанализа* к психиатрической генетике. Это отношение было вызвано тремя причинами: 1) злоупотребление психиатрической евгеникой в нацистской Германии нанесло ей значительный моральный урон; 2) психоанализ, раздираемый в тот период непримиримой враждой между представителями разных теоретических направлений, утратил коллегиальные связи с классической психиатрией; 3) поиск этиологии заболеваний преимущественно в биографических и социальных факторах привел к тому, что психоаналитики, по существу, идентифицировали историю заболевания с его причиной, считая генетику устаревшей наукой, вкладом которой в поиск этиологии можно пренебречь. Сонди задался целью своей концепцией перебросить мост между психоанализом и психиатрией, ориентируя глубинно-психологическую теорию на конституциональные, наследственно детерминированные аспекты инстинктивных побуждений. Основной задачей терапии становится мобилизация изолированных функций личности и коррекция генетически преформированных негативных стереотипов социального поведения, которые автор обозначает как «притязания предков».

Подтверждение генетической детерминированности социального поведения Сонди видит в том, что люди (как это ему удалось показать на большом объеме генеалогических изысканий) тяготеют друг к другу в смысле выбора партнеров в тех случаях, когда они являются носителями, или кондукторами в генетической терминологии, идентичного наследственного заболевания в латентной форме. Иными словами: наши партнеры часто генетически детерминированы. Этот феномен Сонди назвал генотропизмом.

В своих генетических изысканиях Сонди обнаружил, что определенному кругу наследуемых заболеваний сопутствуют также определенные типы способностей и выбор профессий. Этот феномен он назвал эрготропизмом. Так, профессию выбирают потому, что она может позволить удовлетворять какие-то инстинктивные побуждения социально приемлемым образом (родственники больных пироманией, например, достоверно чаще становятся пожарными). Выбор профессии имеет, кроме того, целью удовлетворение потребности в контакте с генетически родственными типами людей (сын больной шизофренией становится психиатром, в особенности интересуясь психотерапией шизофрении). На выбор профессии могут оказывать влияние детерминированные инстинктами устойчивые аффективные схемы (симбиотические отношения с матерью воспроизводятся в профессии медсестры или воспитательницы детского сада). К таким случаям «первичного» эрготропизма добавляются случаи «защитного» эрготропизма, когда выбор профессии диктуется механизмом защиты от отвергаемой инстинктивной потребности.

Сонди не считал генетическую детерминированность безусловной и прямолинейной. Не каждый

криминалист является латентным преступником. Но за внешне свободным выбором жизненной судьбы часто стоит влияние целого ряда не осознаваемых человеком факторов, модулируемых индивидуальными особенностями структуры инстинктов, влиянием условий окружающей социальной ситуации, типом социокультурного мировоззрения. Все эти факторы определяют собой «компульсивный» характер судьбы человека, несущий значительный отпечаток сложной наследственной предрасположенности («предков»). Проникновение в неосознаваемое содержание этой предрасположенности может позволить в большей степени сознательно выбирать свой жизненный путь («управляемый фатализм»).

Идеи Сонди не подменяют, а дополняют общую теорию психодинамики. Всеобъемлющий психоанализ складывается, по его мнению, из исследования открытого *Фрейдом* (Freud S.) языка симптомов, которым говорит бессознательное, из открытого *Юнгом* (Jung C. G.) языка символов, которым говорит коллективное бессознательное, и из открытого им самим языка выборов семейного бессознательного.

Динамику индивидуального бессознательного Сонди исследует с помощью разработанного им теста, основной целью которого является установление не статических психиатрических диагнозов, а экзистенциальных форм социального поведения. Тест позволяет идентифицировать удовлетворяемые или отвергаемые инстинктивные потребности. В своем учении об инстинктах Сонди выделяет 8 типов таких потребностей, определяя их как «радикалы побуждений». Трудность проведения теста заключается в том, что потребности рассматриваются не изолированно друг от друга. Задача исследователя — получить общую картину конфигурации инстинктов в их взаимосвязи.

Практически А. с. основывается на стандартной психоаналитической терапии. Новой техникой является лишь принцип «активного анализа», подключаемого к классической терапии в случаях отсутствия положительных результатов после достаточно большого количества сеансов (не менее 100). Здесь имеется в виду не более активное поведение врача, что может, по мнению Сонди, лишь затруднить раскрытие бессознательного, а искусственное введение пациента в потенциально травматогенные ситуации, позволяющие реактивировать болезненные «притязания предков». Так, больному предлагается во время сеанса вжиться в роль своих больных предков и на какое-то время под контролем аналитика и собственного сознания «стать», например, больным эпилепсией или шизофренией. В психотерапии также широко используется анализ сновидений, в которых фигурируют больные родственники и связанные с ними ассоциации. Ассоциации или содержащиеся в них ключевые слова могут подолгу повторяться аналитиком, что должно способствовать удлинению ассоциативной цепи вплоть до фигуры предка и его психиатрической симптоматики. Этот прием автор называет ассоциативной методикой «активного удара молотка». Дополнительным материалом для анализа являются данные теста Сонди и генеалогическое дерево больного.

**АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ** (групповой психоанализ, групповой анализ). Вариант *психоаналитической психотерапии*, проводимой с группой (в группе) пациентов.

Одним из первых психоаналитически-ориентированную психотерапию в группе начал проводить *Адлер* (Adler A.). Он использовал, в частности, форму *групповой дискуссии* и группового обсуждения проблем пациентов с различной патологией (неврозы, алкоголизм, психозы), а также одновременно родителей и детей. По представлениям Адлера, группа является оптимальным контекстом для выявления, подчеркивания и коррекции социальных и эмоциональных проблем больных.

Однако многие ортодоксальные психоаналитики, и в первую очередь сам *Фрейд* (Freud S., 1923), скептически относились к возможности применения *психоанализа* в группе. Одной из причин этого являлось ведущее представление психоанализа о биологической детерминанте социальных процессов. Признавая в определенной мере применимость когнитивных концепций, Фрейд подвергал принципиальному сомнению образ человека как рационального индивида, сознательно управляющего своим поведением, опирающегося на самопознание и понимание своих отношений с окружающим миром. Не социальное определяет человеческое поведение, а внутренние, инстинктивные мотивации, обусловленные бессознательными интропсихическими процессами, формируют поведение индивида и дальнейшее развитие социальной среды. Закономерности социальных процессов определяются психологией толпы, которая аккумулирует и персонифицирует отрицательные свойства и символизирует отсутствие рациональных действий под влиянием высвобождающихся примитивных и

сильных эмоций.

Еще одной причиной, по которой в ортодоксальном психоанализе не нашлось места групповым приемам, явилось концептуально завершенное учение о личности и патологии, детальная проработанность психоаналитических подходов с их нацеленностью на как можно более полное понимание интрапсихической динамики и интимность проведения психоанализа. Традиционное представление о сложности психоаналитических процедур, очевидно, порождало боязнь множественных процессов *переноса* и *контрпереноса*, а также сомнения, связанные с возможностью подрыва авторитета психотерапевта, и опасения по поводу деструктивной атаки против личности.

Однако психоаналитические идеи видоизменялись, и у Адлера вскоре появились последователи — Вендер (Wender P. H.) и Шильдер (Schilder P.). Они стали применять в практике работы с пациентами, страдающими неврозами и психозами, групповые занятия. Обоснованием возможности проведения А. г. п. послужили представления, что *групповая психотерапия* позволяет сочетать психоанализ с интеллектуальными подходами, которые способствуют актуализации имеющейся проблематики, частичной реорганизации личности и в конечном счете — большей социальной интеграции пациентов.

Следующим психоаналитиком, активно использовавшим групповые формы работы, стал Вольф (Wolf A.), который отрицал групповой анализ как таковой и предпочитал понятие «анализ в группе», подчеркивая, что психотерапевт воздействует не на группу в целом, а на отдельного пациента.

Роль коллектива сводится лишь к контексту. Позднее он признавал полезность группового процесса, способствующего расширению и интенсификации психотерапии, отводя ему роль модели первичной семьи. Вольф ввел в практику и так называемое альтернативное групповое собрание, которое проходит без участия психотерапевта. В дальнейшем интерес психоаналитиков к групповым формам психотерапии постепенно усиливался, что объяснялось двумя причинами. Теоретический интерес возрастал под влиянием изменения ведущих аналитических концепций, в частности появления двух моделей развития личности и патологии. В первой модели болезнь — перекрестный пункт биологических и социальных факторов. Болезнь метафорически формулируется как один эллипс с двумя фокусами, в котором одно кристаллизационное ядро — феномен патологии развития, а другой фокус — место конденсации конфликтного поведения. Понятие патологии развития связывается с ранней фазой человеческого существования, начальной дифференцировкой «Я» и его основных функций (Spitz R. A., 1967; Kernberg O.F., 1981). В болезни фокусируется «Я» патологический феномен, который рассматривается как структуральное нарушение с низким уровнем «Я» и низким уровнем организации защиты. Вторая модель определяется как патологически конфликтная модель. Ее основной особенностью является то, что психоанализ концентрируется на более позднем этапе развития, сдвигается ближе к настоящему времени, в котором организуются различные части «Я», и переходит на более высокий уровень организации «Я» и защиты. Конфликты основываются на действии воспоминания всех объектных связей, которые при помощи нежелательных сигналов страха изгоняются в бессознательное и там сохраняются (Kernberg, 1981). Представляет интерес, что Фрейд в 1937 г. высказывался подобным же образом: «...на "Я" влияет воспитание, и место борьбы извне переносится внутрь, в связи с чем внутренняя опасность преодолевается раньше, чем она выйдет наружу». Требование инстинктов рассматривается как опасность извне, чтобы избежать конфликтов с окружающим миром, — «...таким образом "Я" предвосхищает удовлетворение сомнительных инстинктивных порывов и нежелательных чувств и разрешает им продуцировать начало ситуаций».

Все более социально ориентированные психоаналитические концепции предопределили интерес к групповым формам психотерапии, а потребность во время Второй мировой войны в расширении объема оказываемой помощи еще больше способствовала включению групповых техник в психотерапевтическую практику (Foulkes S.H., 1948; Bion W.R., 1971).

А. г. п. имела существенные методические отличия от ситуации диадного взаимодействия «врач—пациент», при котором психоанализ был единственной техникой. Диадные взаимоотношения в А. г. п. применялись как дополнительный стимул взаимодействия участников групп (Вольф, 1962). Еще дальше пошли Хейгль-Эверс и Хейгль (Heigl-Evers A., Heigl F.S., 1979), осуществляя психотерапевтическое воздействие на группу как социальное образование в целом. В этой психотерапии на начальном этапе вводилась аналитическая терминология, а затем процесс

распространялся в соответствии с требованиями аналитической терапии на группу в целом. Социальная система группы описывалась как единство в аналитических терминах, уже знакомых членам группы. По мнению авторов, указанная методика способствует актуализации латентных конфликтов всех участников, которые впоследствии «гомогенизируются». При этом стимулирование более глубокого понимания причин болезни не рекомендуется и не производится. Таким образом, на этом этапе развития А. г. п. психоаналитики отказались от обязательной *интерпретации* как единственной стратегии *осознания*.

В настоящее время в А. г. п. наблюдается постепенная интеграция в традиционный психоаналитический процесс методик, разработанных в других направлениях психотерапии. В свою очередь, это потребовало и переработки теоретической базы групповой психотерапии с привлечением концепций, позволяющих внутренне непротиворечиво описывать сочетания технических приемов. Этот процесс интеграции можно наблюдать на примере современных вариантов групповой психотерапии, имеющих аналитические корни, — биографически ориентированных и *балинтовских групп*.

См. также *Активная групповая психотерапия Славсона*.

**АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ.** Это одно из направлений *психоанализа*, автором которого является швейцарский психолог, психиатр и культуролог, теоретик и практик глубинной психологии *Юнг* (Jung C. G., 1875-1961). Родился Юнг в семье пастора швейцарской реформаторской церкви, дед и прадед со стороны отца были врачами. Окончив гимназию в 1895 г., Юнг поступил в Базельский университет, где изучал медицину, специализируясь по психиатрии и психологии. В круг его интересов входили также философия, теология, оккультизм. Началом его творческой деятельности, длившейся 60 лет, стала диссертация на тему «Психология и патология так называемых оккультных явлений», написанная Юнгом по окончании медицинского факультета университета. С 1900 г. Юнг работал ассистентом у известного психиатра Блейлера (Bleuler E.) в больнице для душевнобольных под Цюрихом. В этот период он опубликовал свои первые клинические работы, позднее — статьи о применении разработанного им метода словесных ассоциаций и ввел понятие «комплекса». Эти работы принесли ему международную известность. С 1905 г. Юнг начал преподавательскую деятельность в университете в Цюрихе. В 1907 г. опубликовал исследование о раннем слабоумии. Эту работу он послал *Фрейду* (Freud S.), с которым в том же году познакомился лично. Тесное сотрудничество и дружба с Фрейдом, продолжавшиеся до 1913 г., имели необычайно важное значение в жизни Юнга. В 1910 г. Юнг оставил Бурхгольцскую клинику, в которой занимал пост клинического директора. С этого времени его практическая деятельность проходила в местечке Куснахт, на берегу Цюрихского озера, где он жил со своей семьей. Частная практика росла день ото дня — Юнг становится знаменитостью. Тогда же он стал первым президентом Международной ассоциации психоанализа. Вскоре появляются публикации, довольно четко обозначившие область его будущих жизненных и академических интересов и определившие границы идеологической независимости от Фрейда во взглядах на природу бессознательного психического. Разногласия обнаружились в понимании термина «либидо», определяющего, по Фрейду, психическую энергию индивида, во взглядах на этиологию неврозов, в трактовке и *интерпретации* сновидений и пр. Юнг очень остро переживал разрыв с Фрейдом, момент отдаления от которого совпал с периодом одиночества Юнга — он оставил кафедру в Цюрихском университете и вышел из Психоаналитической ассоциации. К этому же времени относится рождение основных замыслов и идей, вошедших в историю науки как «А. п.». Во второй половине жизни Юнг приобретает все большую международную известность не только среди психологов и психиатров. Его имя вызывает огромный интерес у представителей других направлений гуманитарных знаний — философов, культурологов, социологов и др. Юнг много путешествовал по Африке, Северной Америке, Индии. Результатом этих исследовательских поездок стала глава «Путешествия» в его автобиографической книге «Воспоминания, сновидения, размышления». Именно изучение различных культур способствовало выдвижению Юнгом понятия «коллективного бессознательного», ставшего ключевым для всей А. п. В поздних работах Юнг большое внимание уделял различным религиям, много писал, продолжая при этом частную практику.

Основные понятия и методы А. п. сформулированы автором в тавистокских лекциях (Лондон, 1935). Структура психического бытия человека, по Юнгу, включает две фундаментальные сферы — сознание и психическое бессознательное. Психология — в первую очередь и по преимуществу наука о

сознании. Она же и наука о содержании и механизмах бессознательного. Так как пока не представляется возможным непосредственное изучение бессознательного, поскольку неизвестна его природа, то выражается оно сознанием и в терминах сознания. Сознание — в значительной мере продукт восприятия и ориентации во внешнем мире, однако, по словам Юнга, оно не состоит целиком из чувственных данных, как утверждают психологи прошлых столетий. Автор оспаривал также позицию Фрейда, выводящего бессознательное из сознания. Он ставил вопрос противоположным образом: все, что возникает в сознании, вначале с очевидностью не осознается, и *осознание* вытекает из неосознанного состояния. В сознании Юнг различал эктопсихические и эндопсихические функции ориентации. К эктопсихическим функциям автор относил систему ориентации, имеющую дело с внешними факторами, получаемыми посредством органов чувств; к эндопсихическим — систему связей между содержанием сознания и процессами в бессознательном. В эктопсихические функции входят: 1) ощущения, 2) мышление, 3) чувства, 4) интуиция. Если ощущение говорит, что нечто есть, то мышление определяет, что есть эта вещь, т. е. вводит понятие; чувство информирует о ценности этой вещи. Однако этими знаниями информация о вещи не исчерпывается, так как не учитывает категорию времени. Вещь имеет свое прошлое и будущее. Ориентация относительно этой категории и осуществляется интуицией, предчувствием. Там, где бессильны понятия и оценки, мы целиком зависим от дара интуиции. Перечисленные функции представлены в каждом индивиду с различной степенью выраженности. Доминирующая функция определяет психологический тип. Юнг выводил закономерность соподчиненности эктопсихических функций: при доминировании мыслительной функции подчиненной является функция чувства, при доминировании ощущения в подчинении оказывается интуиция, и наоборот. Доминирующие функции всегда дифференцированы, мы в них «цивилизованны» и предположительно обладаем свободой выбора. Подчиненные функции, напротив, ассоциируются с архаичностью в личности, бесконтрольностью. Эктопсихическими функциями не исчерпывается сознательная сфера психического; ее эндопсихическая сторона включает: 1) память, 2) субъективные компоненты сознательных функций, 3) аффекты, 4) инвазии, или вторжения. Память позволяет репродуцировать бессознательное, осуществлять связи с тем, что стало подсознательным — подавленным или отброшенным. Субъективные компоненты, аффекты, вторжения еще в большей степени играют роль, отведенную эндопсихическим функциям, — являются тем самым средством, благодаря которому бессознательное содержание достигает поверхности сознания. Центром сознания, по Юнгу, является Эго-комплекс психических факторов, сконструированный из информации о собственном теле, существовании и из определенных наборов (серий) памяти. Эго обладает огромной энергией притяжения — оно притягивает как содержание бессознательного, так и впечатления извне. Осознается только то, что входит в связь с Эго. Эго-комплекс проявляет себя в волевом усилии. Если эктопсихические функции сознания контролируются Эго-комплексом, то в эндопсихической системе лишь память, и то до определенной степени, находится под контролем воли. Еще в меньшей степени контролируются субъективные компоненты сознательных функций. Аффекты и вторжения и вовсе контролируются «одной лишь силой». Чем ближе к бессознательному, тем менее Эго-комплекс осуществляет контроль над психической функцией, другими словами, мы можем приблизиться к бессознательному только благодаря свойству эндопсихических функций не контролироваться волей. То, что достигло эндопсихической сферы, становится осознанным, определяет наше представление о себе. Но человек не статичная структура, он постоянно изменяется. Часть нашей личности, пребывающая в тени, пока неосознанная, находится в стадии становления. Таким образом, потенциалы, заложенные в личности, содержатся в теневой, неосознанной стороне. Бессознательная сфера психического, не поддающаяся прямому наблюдению, проявляется в своих продуктах, переходящих порог сознания, которые Юнг делит на 2 класса. Первый содержит познаваемый материал сугубо личностного происхождения. Этот класс содержаний Юнг назвал подсознательным разумом, или личностным бессознательным, состоящим из элементов, организующих человеческую личность как целое. Другой класс содержаний, не имеющих индивидуального происхождения, автор определил как коллективное бессознательное. Содержания эти принадлежат типу, воплощающему свойства не отдельного психического бытия, а всего человечества как некоего общего целого, и, таким образом, являются коллективными по природе. Эти коллективные паттерны, или типы, или образцы, Юнг назвал архетипами. Архетип — определенное образование архаического характера, включающее равно как по

форме, так и по содержанию мифологические мотивы. Мифологические мотивы выражают психологический механизм интроверсии сознательного разума в глубинные пласты бессознательной психики. Сфера архетипического разума — ядро бессознательного. Содержания коллективного бессознательного не контролируются волей; они не только универсальны, но и автономны. Юнг предлагает 3 метода для достижения сферы бессознательного: метод словесных ассоциаций, анализ сновидений и метод активного воображения. Тест словесных ассоциаций, принесший Юнгу широкую известность, заключается в том, чтобы испытуемый как можно быстрее ответил на слово-стимул первым пришедшим ему в голову словом-ответом. Время каждой реакции фиксируется. Эксперимент после первого чтения повторяется снова. Юнг описал 12 различных типов нарушения реакции: увеличение времени реакции; реакция более чем одним словом; реакция, выраженная не словесно, а мимикой; неправильное воспроизведение и т. д. Нарушенные реакции рассматриваются как «индикатор комплекса». Под комплексом понимается сочетание ассоциаций, нечто вроде слепка более или менее сложной психологической природы — иногда травматического, иногда просто болезненного, аффектированного характера. Комплекс, связанный с физиологическими реакциями и обладающий собственной энергией, имеет тенденцию «образовывать как бы отдельную маленькую личность». Бессознательное, таким образом, состоит из неопределенного (неизвестного) числа комплексов, или фрагментарных личностей, персонификация которых может стать патогенным условием. В том случае, когда в задачи исследователя входило не выявление комплексов, а выяснение, «что бессознательное делает с комплексами», автор применял метод анализа сновидений. Отдавая дань заслуге Фрейда, поставившего проблему сновидений в изучении бессознательного, Юнг в толковании снов занимал принципиально отличную от него позицию. Если, по Фрейду, сон есть «искажение, которое маскирует оригинал» и преодоление которого ведет к комплексам, согласно Юнгу, сон ничего не скрывает, он сам по себе закончен и целостен. Сон выполняет компенсаторную функцию, являясь «естественной реакцией саморегуляции психической системы». Юнг видел в сновидении сигнал бессознательного о том, что индивид «отклонился от собственного пути». Задача исследователя — понять этот сигнал, опираясь на чувства сновидца по поводу тех или иных образов сновидения, так как сны всегда являются реакцией на сознательную установку и ключ к их пониманию поэтому находится у самого сновидца. Появление в снах мифологических, архетипических образов свидетельствует о движении к целостности, индивидуальной завершенности. Другими словами, погружение в глубины бессознательного приносит исцеление. В связи с этим важное место в интерпретации сновидений Юнг отводил архетипическим, мифологическим образам. Процесс излечения является процессом идентификации с целостной личностью, с «самостью» — ключевым архетипом в А. п. Важное место в психотерапии пациента — на пути к его целостности — Юнг отводил осознанию *переноса*. Психологический процесс переноса он рассматривал как частную форму более общего психологического механизма проекции, возникающей между двумя людьми. Перенос, по Юнгу, в отличие от фрейдовского понимания, несет не только эротическое, но и все активные содержания бессознательного. Эмоции спроецированных содержаний всегда образуют некое динамическое соотношение между субъектом и объектом — это и есть перенос, который по своему характеру может быть положительным и отрицательным. Перенос, возникающий в процессе анализа, часто свидетельствует о трудностях установления эмоционального контакта между врачом и пациентом — дистанцию между ними бессознательное пациента пытается «покрыть» и возводит компенсаторный мост. Интенсивность переноса пропорциональна важности проецируемого содержания, значительности его для пациента. Чем дольше проецируется содержание, тем больше аналитик включает в себя эти «ценности» пациента. Задача психотерапевта — «вернуть» их пациенту, иначе анализ не будет завершен. Для снятия переноса необходимо добиться от пациента осознания субъективной ценности личностного и безличностного содержаний его переноса. Юнг выделял 4 стадии терапии переноса. На первой стадии пациент осознает факт проекции личностного бессознательного и вырабатывает субъективную оценку тех содержаний, которые создают проблему. Он должен ассимилировать эти образы со своим собственным психическим бытием, понять, что приписываемые объекту оценки являются его собственными качествами. Лечение невроза, означающее требование стать целостной личностью, предполагает «узнавание и ответственность за свое целостное бытие, за его хорошие и плохие стороны, возвышенные и низменные функции». Если снятие проекции личностных образов



состоялось, но тем не менее перенос имеет место, наступает вторая стадия лечения — разделение личностных и безличностных содержаний. Проекция безличностных образов сама по себе носит опосредованный характер, поэтому аннулировать здесь можно лишь сам акт проекции, но никак не ее содержание. На третьей стадии терапии переноса происходит отделение личного отношения к психотерапевту от безличностных факторов. Следствием осознания важности безличностных оценок может стать объединение коллективного бессознательного пациента в пределах той или иной религиозной формы. В противном случае безличностные факторы не получают вместилища, пациент вновь оказывается во власти переноса, а архетипические образы губят человеческое отношение к врачу. Но врач всего лишь человек, он не может быть ни спасителем, ни любым другим архетипическим образом из тех, которые активизируются в бессознательном пациента. Четвертую стадию терапии переноса Юнг называл объективизацией безличностных образов. Это существенная часть процесса «индивидуации», понимаемой Юнгом как «путь к себе», или «самореализация», целью которой является осознание пациентом некоего центра внутри его психического бытия (но не внутри его Эго), позволяющее ему не связывать более свое будущее счастье, а иногда и жизнь с некими внешними посредниками, будь то люди, идеи, обстоятельства.

Значительную известность в психологии получило выделение Юнгом экстравертированного и интровертированного типов личности. Экстраверты весь свой интерес направляют на окружающий мир; объект действует на них, по выражению Юнга, как магнит, и как бы отчуждает субъекта от самого себя. У интровертов же вся жизненная энергия направлена на себя, на свое психическое бытие. В основе различий этих типов Юнг видит состояние аффективного напряжения. Высокое напряжение эмоций интроверта обуславливает длительность и яркость полученных им впечатлений; эмоциональная же насыщенность внешних впечатлений экстраверта быстро падает, не оставляя значительного следа, и лишь новизна объекта может вызвать быстро гаснущую эмоциональную вспышку. Слабая обращенность экстравертов на свой внутренний мир обуславливает, согласно Юнгу, инфантильность и архаичность сферы их бессознательной психики, проявляющиеся в эгоцентризме, эгоизме и тщеславии. Обращенность вовне выражается и в стремлении экстравертов произвести впечатление на окружающих. Прямо противоположным является психический облик интроверта. Предложенная Юнгом типология личности и в настоящее время используется в психоаналитической практике.

**АНОЗОГНОЗИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.** Недостаточная изученность проблемы анозогнозии у наркологических больных обусловлена её сложностью и терминологической путаницей, когда как синонимы употребляются выражения: анозогнозия, неkritичность, внутренняя картина болезни, самооценка и идентификация. Между тем преодоление анозогнозии у наркологических больных является одной из важнейших задач психотерапии. Феномен, скрывающийся за вышеперечисленными терминами, одновременно описывается как симптом, состояние и как структурное личностное образование. Становление терапевтической ремиссии можно представить как последовательный процесс реадaptации больного к здоровому образу жизни (трезвость — потребление психоактивных веществ — злоупотребление (болезнь) — трезвость). Очевидно, что обретение трезвости наркологическими больными, как правило, растянуто во времени и клиническая практика это подтверждает. Переход из состояния «болезнь» к «здоровью» (трезвость) затруднен рядом обстоятельств. Во-первых, это биологические изменения в организме, когда психоактивное вещество, став привычным, становится константой в физиологических процессах; во-вторых, личностные изменения, произошедшие вследствие хронической интоксикации и психологической дезадаптации индивида; в-третьих, нарушения социального функционирования больного и репрессивные воздействия общества на отклоняющееся поведение человека. Таким образом, проблема анозогнозии наркологических больных может рассматриваться в трех основных аспектах — биологическом, психологическом и социальном.

Стремясь сохранить свои представления о мире и самом себе, больной наркоманией строит систему *психологической защиты*. При этом собственный негативный опыт искажается или игнорируется полностью, а структура личности становится все более ригидной. У больных наркоманией основными формами защиты являются: отрицание, регрессия и компенсация. Активность психологических защит, способствующих социальной адаптации у зависимых от психоактивных веществ, достаточно высока. Это подтверждается тем, что в некоторых жизненных ситуациях, особенно

связанных с приобретением наркотиков, больные ведут себя вполне «адекватно», проявляя при этом повышенную энергию и целенаправленность. Суммарный показатель активности психологических защит, создающих трудности для социальной адаптации человека, отрицательно коррелирует с пониманием наркомании как болезни. Этот факт свидетельствует о формальном признании больными наркоманией своего заболевания. Сформировавшаяся система психологических защит искажает объективную информацию о наркотиках. Критичность больных наркоманией к своему заболеванию резко снижается при обострении патологического влечения к привычному психоактивному веществу.

Даже теоретически трудно представить, что полное *осознание* болезни при наркомании достижимо. Клиническая практика свидетельствует, что демонстрация критики больными наркоманией к своему заболеванию и их абстинентные установки при первичном обращении в медицинское учреждение быстро сменяются на противоположные. На формирование анозогнозии наркологических больных значительное влияние оказывает терпимость современного общества к легализованным наркотикам (никотин, алкоголь), попытки легализации производства и продажи каннабиса в некоторых странах, а также престижность принадлежности к «наркоманической субкультуре» творческих, элитарных и криминальных слоев молодежи.

Опыт *психотерапевтических групп*, программ АА и НА, групп само- и взаимопомощи наркологических больных, где имеется наибольшая эффективность в устранении наркотической зависимости, подтверждает трудности преодоления анозогнозии больных.

**АНОНИМНОЕ ОБСУЖДЕНИЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗЕРКАЛО ПО ЛИБИХУ.** Приемы, используемые при психотерапии в группе больных (Либих С. С., 1974), позволяющие окольным путем достигнуть *осознания* пациентом связи между невротической симптоматикой и собственными проблемами, понимания значения неконструктивных способов своего поведения в возникновении этих проблем и в их поддержании. Осознание обычно ограничивается когнитивным уровнем.

Анонимное обсуждение включает разбор врачом в группе больных истории болезни выписавшегося пациента, при этом внимание фокусируется на том, что является общим у этого больного с данной группой или значительной ее частью.

Анонимное обсуждение может быть использовано в виде методики «психотерапевтического зеркала» (термин предложен С. С. Либихом в 1967 г.). Врач, обсуждая историю болезни, основное внимание обращает на факты, которые имеют отношение к конкретному члену группы. К анализу привлекаются другие ее участники. Анонимно обсуждаемый пациент получает при этом представление о мнении участников группы о себе, видении его проблемы, своей роли в ее возникновении и поддержании, а также информацию о конструктивных способах ее разрешения.

**АНТРОПОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Общее название ряда направлений в современной психотерапии, объединенных ориентацией на философские концепции личности (в основном экзистенциальные и феноменологические) и объясняющих на их основе сущность психического здоровья и болезни, а также намечающих пути и методы психотерапии.

В зависимости от того, на какую именно философскую концепцию личности ориентируется конкретное, относящееся к антропологическому направлению психотерапевтическое учение, выделяется три основных вида антропологической психотерапии: *дазайнализ* (ориентирующийся на философию Хайдеггера (Heidegger M.), Гуссерля (Husserl E.), гуманистическая психотерапия (*Фромм* (Fromm E.), *Янов* (Janov A.), Маслоу (Maslow A. H.), *Перлс* (Perls F.S.), *Роджерс* (Rogers C. R.) и др.) и экзистенциальный анализ (*логотерапия* Франкла).

**АРГУМЕНТАТИВНЫЙ ДИСКУРС В ПСИХОТЕРАПИИ.** Понятие, используемое в дескриптивной лингвистике и нормативной логике, опирающееся на прагматическую теорию Остина (Austin J. L., 1962) и Серля (Searle J. R., 1968). Аргументативный дискурс в риторическом и диалектическом аспектах связан с проблемами *убеждения*.

Аргументативный дискурс рассматривается как критическое средство убеждения, что открывает возможности последовательного преодоления сомнений при разрешении конфликтов.

В психотерапии, чтобы получить представление о тех аспектах аргументативного дискурса, которые являются решающими для разрешения нарождающегося или описанного пациентом конфликта, например с родственниками (близкими людьми), возникшего из-за различия во мнениях,

можно обратиться к следующей процедуре: 1) выделить основные моменты проблемной (конфликтной) ситуации для обсуждения с пациентом; 2) распознать позиции, которых придерживается пациент и конфликтующая с ним сторона в его субъективном изложении; 3) выделить характеристики основных аргументов, использованных больным в процессе изложения им личной истории; 4) проанализировать структуру аргументации в диалоге пациента с психотерапевтом.

Аналитический подход отражает разницу во мнениях (в диалоге или споре, между говорящим и слушающим, пациентом и психотерапевтом), выраженные и невыраженные послышки, которые составляют аргументы и аргументативную структуру. Чтобы оценить отдельные аргументы, необходимо определить: приемлемы ли данные послышки и являются ли логически правильными основополагающие рассуждения. Однако нет необходимости предполагать, что тот, кто выдвигает какой-то аргумент, думает о логических выводах, в которых заключение следует из посылок. Движение же от аргументов к точке зрения должно быть таковым, чтобы приемлемость посылок переходила на точку зрения. Для достижения интеракционного эффекта, при котором слушающий принимает точку зрения говорящего, последний старается выдвинуть аргумент таким образом, чтобы он убеждал слушающего. Он ведет разговор, будто знает путь, который приведет от принятых положений к точке зрения. Например, пациент (говорящий) может начать с утверждения «Но именно так происходило в прошлый раз» или «Но именно таковы все мужчины» и т. д. и защищать свою точку зрения, говоря: «Так как этот материал аналогичен тому, с которым мы имели дело в прошлом месяце, вариант, предложенный мною, подойдет», «Так как все молодые женщины склонны следить за своей фигурой, они наверняка заинтересуются этим» или «Так как температура на улице минус 20°C, следует надеть зимнее пальто». Делая это, он основывается на определенной схеме аргументации: более или менее условном способе представления отношения между аргументами и точкой зрения. Каждый вид аргументации соответствует определенным оценочным критериям, свойственным отношению, представленному в схеме аргументации. Схемы аргументации можно подразделить на три основные категории. При первом виде аргументации некто пытается убедить своего собеседника, указывая на то, что одно является признаком другого. Этот вид аргументации основан на схеме аргументации, при которой приемлемость аргумента переносится на точку зрения, поскольку становится ясно, что между аргументом и точкой зрения существует отношение взаимозависимости. Аргументация представлена так, как будто мы имеем дело с выражением, явлением, знаком или другого рода признаком того, что утверждается в точке зрения, как в случае: «Так как все молодые женщины склонны следить за своей фигурой, они наверняка заинтересуются этим». При втором виде аргументации некто пытается убедить, указывая на сходство одного с другим.

Этот вид аргументации основан на схеме аргументации, при которой приемлемость аргумента переносится на точку зрения, так как становится ясно, что между аргументом и точкой зрения существует отношение аналогии. Аргументация представлена так, как будто бы есть сходство, соответствие, аналогия или другого рода подобие между тем, о чем говорится в аргументе, и тем, что утверждается в точке зрения, как в примере: «Так как этот материал аналогичен тому, с которым мы имели дело в прошлом месяце, вариант, предложенный мною, подойдет». При третьем виде аргументации некто пытается убедить, указывая на то, что одно является причиной другого. Этот вид аргументации основан на схеме аргументации, при которой приемлемость аргумента переносится на точку зрения, поскольку становится ясно, что между аргументом и точкой зрения существует отношение причинности. Аргументация представлена так, как будто то, что утверждается при аргументации, является средством, способом или другого рода причиной для определенной точки зрения, или наоборот, как в случае: «Следует надеть зимнее пальто, так как температура на улице минус 20°C».

Существует много видов схем аргументации. Например, среди видов аргументации, основанных на отношении взаимозависимости, существуют такие, в которых нечто представлено как неотъемлемое качество или характерная черта чего-то более общего. Типами аргументации, основанными на отношении аналогии, являются, например, сравнение, приведение примера и ссылка на абзац. Типы аргументации, основанные на отношении причинности, включают указание на последствия данного хода событий, представление чего-то как средства для достижения определенной цели и подчеркивание благородной цели с тем, чтобы оправдать средства.

Для правильной оценки аргументации необходимо прежде всего определить, какая применена схема аргументации. Схемы аргументации отражают некоторые специфические характеристики мышления пациентов.

По ходу психотерапевтического процесса больной определенным способом аргументирует свои поступки и переживания и, выбирая именно данную схему аргументации, а не иную, он полагает, что знает, по какому пути пойти, чтобы подтвердить свою точку зрения, показать специалисту свою правоту или затруднения в заявленных ситуациях. Независимо от того, действительно ли он так думает или нет, от психотерапевта потребуется взять на себя обязанность задать достаточное число критических вопросов, которые подтвердят или опровергнут изложенную пациентом, через данную схему аргументации, точку зрения.

Пациент может показать, какую схему аргументации он применяет, с помощью пословицы или другого рода традиционного высказывания. Он также может использовать определенные более или менее устойчивые выражения: «X характерная черта Y», «X свойственно Y» и «X по сути Y» для указания на отношение взаимозависимости; «X сравнимо с Y», «X соответствует Y» и «X совсем как Y» для указания на отношение аналогии; «X ведет к Y», «X — средство достижения Y» и «Y следует из X» для указания на отношение причинности.

Если схема аргументации так или иначе не обозначена говорящим, слушающий может установить ее сам. Для этого он должен найти имплицитное подтверждение того, что легло в основу выдвижения аргумента в защиту определенной точки зрения, и, таким образом, указать на традиционное высказывание или место, указывающее на применяемую схему аргументации. Это значит, что психотерапевт должен найти (выделить или не пропустить) не выраженную при аргументации посылку. Опытные носители языка, конечно, знают, что в обычной речи многое подразумевается. Они также знают, что во многих отношениях они связаны не только тем, что действительно сказали. Если человек хочет, чтобы его считали разумным, он должен отвечать не только за то, что он сказал, но и за то, что подразумевается на основе его речи.

Предположим, пациентка обсуждает с психотерапевтом поведение своей дочери, которая недавно развелась с мужем:

Пациентка. Она сама виновата в этой ситуации.

Психотерапевт. Да?

Пациентка. Ведь она не прислушивалась к моим советам.

Аргументацию больной можно реконструировать следующим образом: «Дочь пациентки недавно развелась с мужем, но так как она не прислушивалась к советам своей матери, она сама виновата в этой ситуации». Психотерапевт не знает, что действительно думала пациентка помимо высказанного. Она, возможно, думала, следующее: «Дочь часто не прислушивалась к моим советам», или «Молодых женщин вообще не интересуют советы их матерей», или «В наше время разводы стали закономерным явлением», или даже «Матери совсем перестали понимать своих детей». Но психотерапевт не может знать этого точно; нельзя сказать, какую «невыраженную посылку» пациентка имела в виду, если вообще имела. Для подобного анализа нужна схема аргументации, которая позволит психотерапевту задать больной критические вопросы, вытекающие из этой схемы. Даже если бы специалист мог просто спросить больную, какую невыраженную посылку она имела в виду, пациентка вряд ли бы могла сообщить, что она думала. И, возможно, она привела бы невыраженную посылку, которая, при взгляде в прошлое, показалась бы ей наилучшей. Значит, то, что делает пациентка, следует точнее назвать реконструированием, а не сообщением послышки.

После того как установлено, что аргументация пациентки строится на отношении взаимозависимости, задаются критические вопросы, соответствующие данной схеме аргументации. Например: действительно ли дочь пациентки сама виновата в описанной ситуации, свойственно ли дочери пациентки не прислушиваться к советам матери по другим вопросам, или: свойственно ли другим молодым женщинам не прислушиваться к советам своих матерей относительно того, как вести себя с мужьями, и есть ли у дочери пациентки другие характерные особенности? Если бы аргументация строилась на отношении причинности, критические вопросы могли бы быть такими: действительно ли так желателен объявленный эффект от предложенной меры и действительно ли последует этот эффект, или: не будет ли легче достичь его с помощью другой меры и не приведет ли предложенная мера к

серьезным негативным побочным эффектом? В случае, когда аргументация строится на отношении аналогии, критические вопросы могли бы быть следующими: правильно ли описана ситуация, с которой сравнивается данный случай, и действительно ли она сходна с ним или есть существенные различия, и нет ли других ситуаций, которые больше похожи на данный случай?

Понимание структуры аргументативного дискурса, в частности распознавание основных схем аргументации пациентов, позволяет психотерапевту использовать разнообразные приемы и техники более направленно и эффективно.

См. также *Психотерапия посредством убеждения Дежерина, Разговорная психотерапия, Сократовский диалог, Психотерапевтическое вмешательство, Убеждение.*

**АРЕТЕТЕРАПИЯ ЯРОЦКОГО.** Термин «арететерапия» предложен русским врачом-терапевтом А. И. Яроцким, профессором медицинского факультета Юрьевского университета, для обозначения специального психотерапевтического метода, воздействующего на особые стороны душевной жизни человека. Греческое слово *arete* включает такие понятия, как доблесть и добродетель, стремление к осуществлению высоких идеалов и нравственному совершенствованию. А. Я. опиралась на высшие проявления духовной жизни, а именно на нравственные стороны человеческой личности. В основу метода было положено представление о воздействии души на телесные проявления. В своей работе «Идеализм как физиологический фактор» (1908) А. И. Яроцкий обосновывал положение о важнейшей роли нравственной стороны духовной жизни человека в развитии и течении его болезни. По мнению А. И. Яроцкого, этические (идеалистические) стороны личности обуславливают не только поведение человека и его жизненный путь, но являются также важными факторами, влияющими на особенности протекания физиологических процессов в организме. Истинная причина заболевания, по убеждению А. И. Яроцкого, находится в глубоких пластах духовной жизни, с чем он и связывал роль предложенного им метода в сохранении и восстановлении здоровья человека.

**АРТТЕРАПИЯ.** Изучение А. началось в 20-е гг. нашего столетия с фундаментальных работ Принцхорна (Prinzhorn H., 1922). В России в 1926 г. вышла первая монография, посвященная А., — книга П. И. Карпова «Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки и техники», где проблема творческих проявлений при психических заболеваниях рассматривалась не только в медицинском, но и в историческом и биологическом аспектах. В США изобразительные средства в психотерапевтическом процессе впервые применил в 1925 г. при анализе сновидений своих пациентов Левис (Lewis N. D. S.). Теоретические основы терапии с помощью изобразительного искусства исходят из психоаналитических воззрений Фрейда (Freud S.), хотя сам он не интересовался такого рода психотерапевтическими возможностями А., *аналитической психологии* Юнга (Jung C. G.), который использовал собственное рисование для подтверждения идеи о персональных и универсальных символах, из динамической теории терапевтической помощи графическим самовыражением Наумбург (Naumburg M., 1966). В дальнейшем большое влияние на развитие А. оказали психотерапевты гуманистической направленности.

Термин «арттерапия» (*art* — искусство, *arttherapy* (буквально) — терапия искусством) особенно распространен в странах с англоязычным населением и означает чаще всего лечение пластическим изобразительным творчеством с целью воздействия на психоэмоциональное состояние больного. В отечественной психотерапевтической литературе используются также термины «изотерапия» или «художественная терапия», однако они не тождественны англоязычному аналогу и несколько сужают его смысл.

В А. пациентам предлагаются разнообразные занятия изобразительного и художественно-прикладного характера (рисунки, графика, живопись, скульптура, дизайн, мелкая пластика, резьба, выжигание, чеканка, батик, гобелен, мозаика, фреска, витраж, всевозможные поделки из меха, кожи, тканей и др.), которые направлены на активизацию общения с психотерапевтом или в группе в целом для более ясного, тонкого выражения своих переживаний, проблем, внутренних противоречий, с одной стороны, а также творческого самовыражения — с другой. В настоящее время в А. включаются и такие формы творчества, как видео-арт, инсталляция, перформанс, компьютерное творчество, где визуальный канал коммуникации играет ведущую роль.

А. — сборное понятие, включающее множество разнообразных форм и методов. Поэтому не существует общепризнанной ее классификации. Кратохвил (Kratochvil S.) разделяет А. на

сублимационную, деятельную и проективную. Дельфино-Бейли (Delfino-Beighley С.) выделяет 4 основных направления в применении А.

1) Использование для лечения уже существующих произведений искусства путем их анализа и *интерпретации* пациентом (пассивная А.).

2) Побуждение пациентов к самостоятельному творчеству, при этом творческий акт рассматривается как основной лечебный фактор (активная А.).

3) Одновременное использование первого и второго принципов.

4) Акцентирование роли самого психотерапевта, его взаимоотношений с пациентом в процессе обучения творчеству.

Классификация, приводимая в книге Р. Б. Хайкина (1992) «Художественное творчество глазами врача», включает несколько уровней лечебного действия и адаптации в случае применения А.

1) Социально-личностный уровень адаптации: в основе адаптирующего действия лежит неосознаваемая созидательная, гармонизирующая, интегрирующая сила некоего эстетического и творческого начала, заложенного в искусстве.

2) Личностно-ассоциативный уровень адаптации: облегчение, компенсация достигаются за счет не столько эстетического действия, сколько вследствие снижения напряжения, обусловленного отреагированием различных конфликтных, гнетущих переживаний и их сублимации.

3) Ассоциативно-коммуникативный уровень адаптации: лечебное действие А. достигается подключением интеллектуальных операций (проекция, обсуждение и *осознание* конфликта), облегчение психотерапевтических контактов и доступа врача к психопатологическим переживаниям, не требующим эстетического компонента, ибо результат достигается даже при простейшем проективном представлении проблем.

4) Преимущественно социально-коммуникативный уровень адаптации: в качестве адаптирующих используются прикладные возможности творчества — А. рассматривается упрощенно, как один из видов занятости, вариант организации и времяпрепровождения, принципиально не отличающийся от других аналогичных методов.

5) Физиологический уровень адаптации: учитывается физическое, физиологическое, координационно-кинестическое влияние пластического изобразительного творчества на организм и психику.

Каждый из элементов классификации допускает использование искусства и в экспрессивном творческом варианте, когда творят сами больные, и в импрессивном, когда используется восприятие уже готовых произведений изобразительного творчества.

В мировой литературе существуют различные взгляды на механизм лечебного действия А. — креативные, сублимативные, проективные представления, А. как занятость и др.

Креативные представления—представления, согласно которым адаптационное воздействие А. на психику можно понимать в связи с самой сущностью искусства. На первый план выдвигается вера в творческую основу человека, мобилизация латентных творческих сил, которая сама по себе обладает терапевтическим влиянием. Теоретическая основа этих представлений — гуманистическое направление психологии, рассматривающее личность как некое психологическое образование, в котором изначально существуют духовные, альтруистические потребности, определяющие ее поведение. В каждом человеке предполагается существование возможностей, скрытый потенциал, которые можно освободить, мобилизовать для облегчения самореализации личности, направить их на ее социальное и индивидуальное интегрирование. Задача А. не сделать всех людей художниками или скульпторами, а возбудить у индивидуума активность, направленную на реализацию его предельных творческих возможностей. Упор в терапии делают на творческую активность, на способность создавать и побуждают пациента самостоятельно созидать.

Согласно взглядам Гольдштейна (Goldstein К.), творчество — это одно из средств преодоления страха, возникающего в связи с конфликтом, формирующимся у человека, поведением которого управляет стремление к реализации личности. Творческие люди лучше концентрируют свою энергию, свои силы для преодоления препятствий и решения внутренних и внешних конфликтов.

По мнению Маслоу (Maslow А.), основным источником человеческой деятельности является непрерывное стремление к *самоактуализации* и самовыражению. У больных неврозами эта потребность

заблокирована, и искусство может быть одним из способов ее восстановления. Говоря о способах, ведущих к самоактуализации, Маслоу указывает на мгновения высшего переживания красоты и экстаза. Задача психотерапевта — помочь людям ощутить эти мгновения, создать условия для их возникновения, помочь пациенту высвободить подавленное, познать собственное «Я». Сдерживание творческой силы является причиной неврозов, и смысл психотерапии — в ее высвобождении, поэтому стимуляция творчества может служить и психопрофилактическим средством.

Сторонники вышеописанных взглядов ставят во главу угла творчество не просто как действие, процесс, а подчеркивают его эстетическую сторону. Интегрирующая роль искусства заключается в том, что творческий процесс снижает напряжение, ведущее к неврозу, и объективизирует внутренние конфликты. Анастаси (Anastasi A.), Фолей (Foley I. P.), М. П. Кононова используют интегративно-креативные возможности искусства как способ борьбы с дезинтеграцией и беспорядочностью психики, средство влияния на характер построения зрительных представлений, как способ регуляции и реконструкции «Я» при потере реальности.

С позиции адаптации А. расценивается как интегрирующий адаптационный механизм, предоставляющий человеку активную позицию в отношении возможностей приспособления к среде, способствующий общей гармонизации личности.

Другими механизмами лечебного действия А. являются отреагирование и сублимация. Художественная сублимация возникает, когда инстинктивный импульс человека заменяется визуальным, художественно-образным представлением. Как полагают сторонники этой концепции, творчество как одна из форм сублимации позволяет проявлять, осознавать, а также выражать и тем самым отреагировать в искусстве различные инстинктивные импульсы (сексуальные, агрессивные) и эмоциональные состояния (депрессию, тоску, подавленность, страх, гнев, неудовлетворенность и т. п.). Таким образом снижается опасность внешних проявлений указанных переживаний в социально нежелательной деятельности. Творчество рассматривается как средство максимального самовыражения, позволяющее пациенту проявлять себя ярче, чем в письме или в речи, а врачу обеспечивает прямой доступ к бессознательному. Кляйн (Klein M.) рассматривает рисование как компенсирующий акт, позволяющий больному подавить брутальную агрессию. Осуществляется это путем сознательной творческой деятельности и происходящей в процессе ее сублимации через выражение в символическом виде внутренних конфликтов и неосознанных стремлений. Арттерапевтические произведения способствуют прорыву содержания комплексов в сознание и переживанию сопутствующих им отрицательных эмоций. Это особенно важно для больных, которые не могут «выговориться»; выразить свои фантазии в творчестве легче, чем о них рассказать. Фантазии, которые изображены на бумаге или выполнены в глине, нередко ускоряют и облегчают *вербализацию* переживаний. В процессе работы ликвидируется или снижается защита, которая есть при вербальном, привычном контакте, поэтому в результате А. больной правильнее и реальнее оценивает свои нарушения и ощущения окружающего мира. Рисование, как и сновидение, снимает барьер «эго-цензуры», затрудняющий словесное выражение бессознательных конфликтных элементов.

Проективное рисование не является А. в полном смысле этого слова, поскольку здесь не ставится цель достижения эстетического результата. В отличие от предыдущих направлений в работе с больными в этом случае главное внимание уделяется отнюдь не процессу созидания. Ведущим является целенаправленная ориентация психотерапевта на проективный аспект процедуры и его сосредоточенность на информации. Функция проективной терапии заключается в том, что проекция внутренних представлений кристаллизуется и укрепляется в постоянной форме воспоминания и фантазии. В ходе проективной А. должна стимулироваться демонстрация чувств, отношений, состояний для того, чтобы человек узнал, понял все эти чувства и преодолел их в себе. Специфика проективного рисования заключается в том, что врач предлагает больному сюжет проективного характера и потом обсуждает рисунки и интерпретирует их.

При рассмотрении А. как занятости предполагается, что изобразительное творчество действует так же, как и другие подобные формы работы с больными, что целеустремленная и плодотворная деятельность, осуществляемая при А., является «оздоровляющим процессом», который ослабляет нарушения и объединяет здоровые реакции. Особое значение придается коллективному характеру занятий А. Им приписывается катализирующий и коммуникативный эффект, способствующий

улучшению самоощущения, пониманию своей роли в обществе, собственного творческого потенциала и преодолению трудностей самовыражения. Помимо того что А. является интересной, эмоционально значимой формой занятости, она — еще и дополнительный способ общения больных между собой. Совместное творчество помогает пациенту познать мир другого человека, что облегчает социальную адаптацию.

Физическое и физиологическое влияние А. заключается в том, что изобразительное творчество способствует улучшению координации, восстановлению и более тонкому дифференцированию идеомоторных актов. Нельзя недооценивать также непосредственное воздействие на организм цвета, линий, формы.

Некоторые авторы высказываются против приписывания А. чрезмерного терапевтического эффекта и призывает к более осторожной оценке ее полезности. Мадежска (Madejska N.) возражает против понимания любого творческого акта как терапевтического на том основании, что лечение предполагает «интеграцию» извне, т. е. влияние, направленное на пациента, в то время как при творчестве активность, наоборот, исходит от самого больного. Против безоговорочного приписывания изобразительному творчеству исцеляющих способностей возражает и Куби (Kubie S.), который на примерах жизнеописания известных художников указывает на то, что творческий и невротический потенциалы реализуются сложным путем, и даже удачные творческие проявления зачастую усиливают и усугубляют невротический процесс, который, таким образом, на может быть оздоравливающим. Федерн (Federn P.) писал, что А. при психозах может принести вред, поэтому врач должен не выявлять комплексы, а стараться подавить или замедлить любые спонтанные выражения бессознательного.

Показания к А. достаточно широки, тем более что ее применение может «дозироваться» от относительно «поверхностной занятости» до углубленного анализа скрытых индивидуальных переживаний. Многоплановое воздействие искусства и творчества позволяет применять его к пациентам разного возраста в самых широких диагностических пределах. При рассмотрении показаний к А. помимо клинической картины, интенсивности переживаний и состояния эмоциональной сферы пациента необходимо учитывать и его отношение и интерес к изобразительному творчеству в преморбиде и во время болезни, подготовленность, интеллект и многие другие факторы. А. можно использовать как седативное (успокаивающее) средство при психомоторном возбуждении и агрессивных тенденциях; она может выполнять функции отвлечения и занятости; способна при социальной дезадаптации облегчить контакт и помогать выявлять скрытые переживания; выполнять активизирующие и адаптивные функции; оказывать и расслабляющее действие.

Что касается противопоказаний, то здесь может идти речь о состояниях, не позволяющих больному определенное время усидеть за рабочим столом, или когда больной мешает другим. Самыми трудными для психотерапевта являются больные с выраженным психомоторным или маниакальным возбуждением, не позволяющим им сосредоточить внимание на объекте действия. Также противопоказанием являются нарушения сознания и тяжелые депрессивные расстройства с уходом в себя.

Некоторые авторы рекомендуют занятия А. в качестве профилактического средства. Клумбиес с соавт. (Klumbies G. et al., 1971) рекомендуют свободное рисование при нарастающих расстройствах сна, Порембески-Грау (Porembeski-Grau B., 1975) использовала рисование и игры с красками в качестве психопрофилактического метода «созидательного тренинга» на основании концепции, согласно которой такие игры позволяют уменьшить стресс и фрустрацию, вернуть ощущение собственной ценности, освободиться от сомнений в своих способностях.

А. можно проводить с одним пациентом, с супругами, со всей семьей, в группе и коллективе. Психотерапевт должен предоставить участникам необходимые для художественного творчества материалы и инструменты: наборы красок, карандашей, мелков, кисти, глину для лепки, а также деревяшки, камни, лоскуты материи, бумагу. Место занятий должно быть хорошо освещенным и таким, чтобы участники могли свободно передвигаться. Функции арттерапевта достаточно сложны и меняются в зависимости от ситуации. Ему необходимо владеть определенными навыками художественного и декоративно-прикладного искусства, так как при проведении А. приходится не только рассказывать, но и показывать технические приемы художественного творчества. Арттерапевту требуются систематические самостоятельные занятия художественным творчеством, что позволяет ему лучше



чувствовать и осознавать многие процессы, благодаря которым в значительной мере реализуется психотерапевтический потенциал метода.

На первом этапе при занятиях А. необходимо преодолеть *сопротивление*, связанное с распространенным «комплексом неумения», смущением перед непривычным занятием. Это тесно связано с выработкой установки на дальнейшее лечение, так как от степени личного участия, активности больного, его вовлеченности в работу зависит эффективность терапии. Информативный этап работы включает ознакомление больного с основами техники изобразительного искусства, беседу о творчестве самых разных направлений и стилей, посещение музеев и выставок. На этом этапе решаются вопросы социально-коммуникативного характера. Совсем не обязательно придерживаться какого-либо жесткого, строго определенного набора тем, соблюдая их последовательность. Темы охватывают различные области жизни пациента или группы и являются лишь ориентирами. Темы предлагаются по-разному. Степень представления инициативы в группе зависит от этапа ее работы. На начальных этапах работы группы более целесообразным является выдвижение тем арттерапевтом, в дальнейшем активность предоставляется участникам группы. Темы должны предлагаться в определенной последовательности, учитывающей, во-первых, естественное сопротивление пациентов, не умеющих рисовать или лепить людей, и, во-вторых, первоочередные задачи группы. Собственно формулировка темы не является самоцелью. Основным требованием к теме является ее потенциальная способность вызывать последующее обсуждение.

Когда пациент преодолевает сопротивление, что можно определить по уменьшению формальности в работе, арттерапевт может приступать к непосредственному решению лечебных задач. Изобразительное творчество усиливает действие словесного самовыражения. Рисунок, лепка, вышивка и др. — это не просто более широкое раскрытие сообщаемого, но и документ, к которому можно вернуться в будущем. Поэтому арттерапевт может советовать пациенту записывать мысли, которые возникли у него в ходе работы.

Преимущество А. заключается в возможности более глубоко оценить поведение пациентов, составить мнение, на каком этапе жизни находится больной, — в рисунках и поделках могут находить отражение не только сиюминутные мысли, но и относящиеся к будущему и прошлому больного, — а также в выявлении подавленных и скрытых переживаний, причем все это, выраженное в изобразительной форме, может стать ярким дневником жизни и лечения. Ландгартен (Landgarten H., 1981) настоятельно рекомендует пациентам возвращаться к своим старым работам «для усиления *инсайта* и уяснения динамики». Считается важным и выявление индивидуальной символики каждого больного, которая может выражать его стремления в разные моменты жизни.

Обычно А. популярна среди больных, хотя здесь не приходится говорить о спонтанной творческой активности. Такое отношение к изобразительному творчеству можно рассматривать с точки зрения его влияния на терапевтический процесс, поскольку успех во многом зависит от того, как больные воспринимают эти занятия, что и определяет их эффективность. Представление больных о положительном терапевтическом эффекте занятий оказалось во многом обусловленным положительными эмоциями от впечатления о своих работах и общей установки больного на лечение. В группе арттерапии и эстетические и внешнеэстетические эффекты лечебного воздействия тесно переплетаются с психотерапевтическими групповыми эффектами, например возможностью большего коммуникативного воздействия творчества на одну и ту же тему, катарсическим и катализирующим влиянием, изменением самооценки и способностью к преодолению фрустраций. Группу арттерапии, в сущности, можно считать вариантом *групповой психотерапии*, в котором изобразительное творчество используется как основной инструмент, потенциально обеспечивающий достижение определенного результата. Более целесообразно использовать в практике только длительное лечение (иногда несколько занятий подряд), прежде всего чтобы не упускать воздействия чистого творческого фактора. Кроме того, длительное занятие, оставляя пациента наедине с проблемой на более долгий срок, заставляет его глубже погрузиться в нее, интенсивнее сконцентрироваться на проблеме, всесторонне анализируя ее и добываясь *катарсиса*. При длительной деятельности возрастает и групповое общение, развивается чувство групповой сплоченности, солидарности. Группы обычно состоят из 8-10 человек. Активное участие в А. является обязательным условием для всех членов группы. Начало групповой работы обязательно предваряется специальной беседой, в которой разъясняется смысл А. для

функционирования группы и демонстрируются работы участников предыдущих групп. Кроме того, на первых занятиях могут проводиться творческие игры, направленные на возобновление знакомства с изобразительными материалами, снижение напряжения. Постепенно процесс А. перестает быть проблемой, исчезает страх, уменьшаются возражения, связанные с трудностью изображения, и в центре внимания оказывается не само произведение, а его автор. Начинается аналитическое обсуждение, связываемое с личностью автора, у больных возникают предположения по задаваемым темам, серьезные и обобщающие оценки, эмоции.

Обсуждение работ происходит непосредственно после окончания рисования, лепки, изготовления поделок. Дискуссия начинается с предложения арттерапевта вдуматься, вчувствоваться в рисунок, изделие, чтобы понять, что говорит этим автор. Арттерапевт может подключиться к обсуждению на общих правах, но предпочтительно это делать, особенно вначале, в форме вопросов к интерпретирующим, так как интерпретации арттерапевта воспринимаются остальными членами группы с ожиданием его «всезнания» и могут сковывать, тормозить инициативу группы. Задачей арттерапевта при обсуждении является стимуляция дискуссии и использование информации, возникающей в ходе занятия не только из законченных работ, но и из особенностей поведения членов группы.

В психотерапии больных неврозами А. приобретает все большее значение (Хайкин Р. Б., 1977; Сабинина-Коробочкина Т. Т. и др., 1982, Подсадный С. А., 1999). О лечебно-адаптационной роли А., даже при резистентных формах психопатий, свидетельствует опыт М. Е. Бурно, который подчеркивает, что терапия творчеством является важным компонентом индивидуальной и групповой психотерапии.

**АССЕРТИВНЫЙ ТРЕНИНГ.** Непосредственной целью А. т. является тренинг уверенного поведения, способствующего формированию уверенности в себе (ассертивности). Под уверенностью в себе понимается способность индивида выдвигать и претворять в жизнь собственные цели, потребности, желания, притязания, интересы, чувства и т. д. в отношении своего окружения. Понятие «уверенность» предполагает наличие: а) субъективной установки на самого себя (разрешать себе иметь и действительно иметь собственные притязания); б) социальной готовности и способности ее адекватно реализовать (владеть собственными притязаниями и добиваться их осуществления); в) свободы от социального страха и торможения (способность регистрировать и обнаруживать собственные притязания). Уверенное поведение не означает подавления агрессивных чувств, оно способствует редукции агрессивного поведения и исчезновению поводов для агрессии. Основные цели А. т. реализуются через определенные социальные ситуации, которые тренируются в ролевой игре или в реальных условиях. Они охватывают 4 основные категории самоосознаваемого поведения: 1) выдвигать требования; 2) говорить «нет» и критиковать; 3) устанавливать контакт; 4) открыто обращать внимание на себя, собственные цели и интересы и позволять себе ошибки. К методам А. т. относятся: поведенческие упражнения и ролевая игра, тренинг *in vivo* (домашние задания), *оперантное обусловливание*, видеообратная связь, последовательное (ступенчатое) приближение, инструкции и самоинструкции, *научение* (лист обучения), научение по моделям и др.

Первой задачей в обучении пациента вести себя более уверенно является определение уверенного, неуверенного и агрессивного поведения. Для уверенного поведения свойственно откровенное высказывание о предпочтительном поведении или об изменении поведения другого лица, с которым осуществляется непосредственное общение, но без враждебности и самозащиты. Для неуверенного поведения типично не прямое общение, сдержанность, тревога и, возможно, отсутствие попытки принять то, что хочет другой. Агрессивное поведение характеризуется общением, в котором проявляется не предпочтение, а требовательность или враждебность, оно содержит намерение наказать другого. Второй задачей при тренировке уверенности в себе может быть коррекция нерационального (неразумного, нелогичного) поведения: представлений, которые ведут к неуверенному, враждебному или агрессивному ответу; мыслей, в которых пациент наказывает себя за неуместные уверенные ответы, за утверждения, которые не приводят к успеху тотчас же, или за отсутствие ответов. Этап «открытых глаз» означает для пациента принятие им права быть уверенным. Каковы мои права как человека? Каковы мои права в специфических социальных ролях — супруга или родителя? — такие вопросы часто провоцируют распределение домашней работы. Следующие убеждения помогут пациенту начать изменяться: «У меня есть право иметь чувства и выражать их, включая недовольство и критику», «Я имею право устанавливать собственные приоритеты», «Я имею право сказать "нет" без чувства вины».

А. т. влечет за собой оценку сильных и слабых сторон пациента при уверенном общении и разработку тренировочных приемов для восполнения пробелов в его навыках.

В руководстве по уверенному поведению (Wolpe J. L, 1975; Walen S. et al, 1992) приводятся следующие рекомендации:

— Когда вы отказываете, говорите решительное «нет», объясните, почему вы отказываете, но избегайте чрезмерно извинительного тона.

— Давайте по возможности быстрый и короткий ответ.

— Просите объяснений, когда вам предлагают сделать что-либо неразумное.

— Смотрите прямо на человека, с которым вы говорите. Выберите «язык тела» (исключите те позы, которые могут выражать непрямоту или недостаток уверенности в себе, например движения рта, перемещение ног); следите за изменением вашего голоса, говорите не слишком громко, не слишком тихо.

— Когда вы выражаете досаду или критику, помните о необходимости комментировать только поведение, избегайте нападать на личность.

— Когда комментируете поведение другого человека, старайтесь использовать Я-утверждения. Например, вместо того чтобы сказать: «Ты животное, ты свел меня с ума», постарайтесь сказать: «Когда вы пренебрегли социальными нормами, это было чрезвычайно неприятно, и я чувствую теперь досаду». Когда это удобно, предложите альтернативное поведение: «Я полагаю, нам будет лучше присесть, попытаться вместе подумать и решить, как избавиться от этого неудобства».

— Сохраняйте заготовки ваших уверенных ответов, помните о них и используйте в беседах с друзьями. Наблюдайте за характером ролей. Помните, что вы не можете отучиться от плохих привычек или приобрести новые навыки за одну ночь.

— Вознаграждайте себя каким-либо образом каждый раз, когда вы смогли уверенно ответить, независимо от того, достигли вы или нет желаемых результатов со стороны другого человека.

— Не ругайте себя за неуверенное или агрессивное поведение; лучше постарайтесь понять, где вы сбились с пути и как лучше управлять подобной ситуацией в следующий раз.

Хорошей моделью для конструирования уверенного взаимодействия, которая взята из литературы по самопомощи, является ОЭОП (описание, эмоции, определение, последствия) — четырехступенчатый блок по взаимодействию: 1) описание: пациент коротко и объективно описывает неприятную ситуацию без редактирования, персонификации или разработки в деталях; 2) эмоции: пациент говорит о своих чувствах (оптимальным здесь является использование Я-языка); 3) определение того, что ты хочешь: пациент просит (не требует) и делает это ясно, конкретно и с учетом специфики; 4) последствия: сообщающий говорит слушающему о тех последствиях, которые могут иметь место в случае принятия просьбы.

Приведем пример, поясняющий эту модель.

Отец (не склонный к опеке) говорит своей бывшей жене:

Описание: когда ты планируешь мероприятия с нашим сыном во время моих с ним встреч без обсуждения этого со мной...

Эмоции: ...я чувствую досаду и разочарование. Я скучаю по сыну, когда не имею возможности видеть его.

Определение: я мог бы изменить свое расписание, если бы ты позвонила мне заранее, за несколько дней, и увиделся бы с ним в другой день.

Последствия: таким образом, мы могли бы сделать то, что хотели.

В литературе наряду с термином «ассертивный тренинг» используются также термины «тренинг уверенности в себе», «тренинг повышения чувства уверенности в себе», «тренинг уверенного поведения», «тренинг самоутверждения», «тренинг умения настоять на своем» и др.

**АУДИОВИЗУАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА В ПСИХОТЕРАПИИ.** Аудиовизуальные технические системы обеспечивают запись или воспроизведение одновременно звуковых и зрительных образов. С их помощью визуальные сообщения в контексте музыкального или речевого сопровождения предъявляются на экране (проекционном или электронном). В качестве аудиовизуальных технических средств рассматривают современные киноустановки, теле- и видеосистемы. Видеотехника, по сравнению с другими аудиовизуальными средствами, обладает рядом преимуществ: 1) относительной

простотой в эксплуатации и высокой степенью надежности; 2) возможностью многократно использовать одну и ту же пленку (исходную матрицу) для видеозаписи; 3) возможностью изменять в значительном диапазоне (увеличивая или замедляя) скорость воспроизведения аудиовизуальных сообщений; 4) относительной простотой электронного монтажа видеозаписей.

В последние десятилетия, в связи с развитием психотерапии и расширением сферы ее применения при лечении больных с различными заболеваниями, прежде всего нервно-психическими и психосоматическими, все острее встает проблема повышения интенсивности, экономичности и эффективности психотерапевтических воздействий, а также проблема подготовки квалифицированных специалистов в этой области. Совершенствование аудиовизуальных технических средств создает новые возможности для решения этих задач (Кульгавин Л. М., 1992; Подсадный С. А., 1994). В психотерапии видеосистемы используются в двух основных направлениях: в процессе индивидуальной и *групповой психотерапии* и при подготовке психотерапевтов (видеотренинг, создание учебных фильмов по различным методам психотерапии и др.). Видеотехника в психотерапии призвана помочь психотерапевту управлять познавательными процессами больных, направленно и последовательно формировать у них специальные умственные навыки, необходимые для лучшего усвоения и эффективного применения в реальных условиях новых моделей адаптивного поведения.

Психотерапевтический процесс с применением видеотехники основывается на двух положениях: 1) психотерапия — специфический информационный процесс, многоуровневый и двусторонний (от психотерапевта к пациенту и наоборот); психотерапевт не просто передает больным информацию, но конструирует свои высказывания и оптимизирует условия для распознавания содержащегося в них смысла; 2) анализ процесса психотерапии требует психологического подхода: во-первых, необходимо учитывать характер преобразования лечебной информации на уровне психических процессов, и, во-вторых, лечебные факторы в значительной мере детерминируются активностью механизмов познавательных процессов. Границы возможностей применения видеотехники в психотерапии раскрывают 3 основных метода демонстрации видеозаписей: информационно-рецептивный, репродуктивный и проблемного изложения.

Информационно-рецептивный метод облегчает пассивное распознавание в качестве регуляторов межличностных отношений социальных стереотипов (ролей, норм или «штампов») данного общества. Информация об окружающей социальной среде предлагается в уже готовом виде и призвана влиять на поведение индивида, управлять им. Интериоризация пациентами подобных шаблонов взаимодействия характеризует наличие у них низшего уровня эндопсихики (по А. Ф. Лазурскому). Перцептивные способности человека ограничивают скорость усвоения социально детерминированной информации и индивидуальную чувствительность к ней; все многообразие внешней среды он воспринимает и распознает лишь в объеме своих перцептивных способностей. Чем интенсивнее поток информации, тем вероятнее высокая степень искажения ее первоначального смысла. Неспособность больных быстро и конструктивно разрешать психологические проблемы или видеть их одновременно с разных сторон относят к числу основных характеристик при неврозах. Выход из невротического конфликта требует от больных навыков аналитического подхода к проблемным ситуациям. Информационно-рецептивным методом у пациентов формируют необходимые способности к аналитическому прочтению объективно трудных для подавляющего большинства людей ситуаций. Информационно-рецептивный метод особенно сочетается с пассивной видеообратной связью, основание для которой — исходная («чистая») информация без дополнительного структурирования ее разнообразными способами (комментариями психотерапевта, изменением скорости просмотра аудиовизуальных сообщений, естественной хронологией событий в них) или спецэффектами от использования видеотехники. Количество предъявляемой информации легко регулируется продолжительностью видеообратной связи, а качественные характеристики ее регламентируются отобранными видеосюжетами или вариантами сконструированного из них видеоряда. Но креативные способности больных остаются при этом практически невостребованными.

Репродуктивный метод, по сравнению с информационно-рецептивным, допускает более активную обработку информации. Опора на прошлый опыт облегчает субъекту формирование познавательного отношения к содержанию фрагмента видеозаписи, порождает операционный смысл знания о нем, что, по сути, и есть процесс понимания. Понимание опосредует процесс получения

знания, наделяет его смыслом. Фрагменты структуры личностного знания индивид переживает как некую ценностную норму, субъективно значимую ситуацию — образец, с которым следует сравнивать предметное содержание непонимаемого знания. Установление связей осуществляется посредством догадок, выводов и т. д. При репродуктивном методе положительно оцененные ситуации и действия — основа приобретения новых знаний о мире. Репродуктивный метод, по сравнению с информационно-рецептивным, ориентирован на более активное использование креативных возможностей больных. Этим методом легко выявляются индивиды, способные к более дифференцированной *интерпретации* сложной информации, успешнее приспосабливающиеся к меняющимся условиям социальной среды, что обуславливается у них достаточно выраженной конформностью. Такие пациенты — носители второго уровня эндопсихики (по А. Ф. Лазурскому). При репродуктивном методе предпочтительными являются активная видеообратная связь и само моделирование. Предъявление видеозаписей репродуктивным методом интенсифицирует психотерапевтический процесс в основном за счет увеличения кратности сопоставления собственно ценностных образцов с предъявляемыми фрагментами наиболее адаптивного поведения.

Методом проблемного изложения, в сравнении с информационно-рецептивным и репродуктивным, в наибольшей степени актуализируют познавательные способности больных. Это достигается использованием аудиовизуальных сообщений, составленных из наиболее противоречивой, спорной или в высокой степени неопределенной информации о намерениях, действиях и ситуациях; пациенты их оценивают, делают выводы и принимают решения. Благодаря исследованию скрытых мотивов поведения других людей в продемонстрированных эпизодах у больных открываются возможности для распознавания психологических механизмов невротических конфликтов (интрапсихического напряжения в интерперсональных отношениях). Описание результатов наблюдения в доступной пациентам форме отражает достигнутый на этапе психотерапии уровень понимания ими проблемной ситуации, глубину ее осознания и переработки. Длительный и обстоятельный анализ первичной информации, не всегда строго и последовательно аргументированные умозаключения больных приводят к заметному умственному напряжению в подобных ситуациях. Пациентам, наблюдающим самих себя в предъявленных для обсуждения эпизодах, также предлагается принять участие в анализе собственного поведения. Использование принципа проблемности в процессе демонстрации видеозаписей диктует необходимость активного отбора психотерапевтом проблемных эпизодов (из исходного материала). В последующем из проблемных ситуаций, распределенных по категориям сложности, с учетом конкретных задач психотерапии конструируют специальные «длинники», или новую реальность. Использование первичной информации в проблемном изложении провоцирует у многих пациентов с недостаточно развитыми креативными способностями чрезмерное напряжение познавательных процессов, что осложняет всесторонний анализ трудных ситуаций и конструктивное совладание с ними. Последнее необходимо учитывать особенно психотерапевтам, применяющим метод проблемного изложения в сочетании с другими возможностями информационной техники, так как от пациентов в случае перегрузки их видеообратной связью следует ожидать эмоционально-шоковых реакций или «видеошока», а это заметно снижает эффективность психотерапевтического воздействия.

Внедрение видеотехники в психотерапевтический процесс значительно расширяет границы использования различных методов и создает необходимые предпосылки для развития интегративных подходов в психотерапии. Пациенты, во многих случаях впервые, получают возможность объективно наблюдать собственное поведение, анализировать скрытые причины своих переживаний и поступков без искажающего влияния других пациентов или психотерапевта. Различия в характере применения видеотехники определяются лишь сочетанием основных вариантов видеообратной связи и моделирования (само моделирования) поведения с учетом разных этапов и методов психотерапии, а также их основными мишенями. Современная видеотехника совместима с компьютерными системами и в сочетании с ними образует видеокомпьютерные комплексы (видеокомпьютеры). Видеокомпьютеры позволяют конструировать так называемую третью реальность, в которой на основании уже имеющейся информации наглядно представлены различные ситуации из будущего или по сохранившимся элементам восстановлена давно утраченная информация. Третья реальность (создаваемая посредством компьютерных систем), или виртуальное пространство, — это наглядные картины ожидаемых

(прогнозируемых) результатов лечения по каждому больному уже в самом начале психотерапии и, следовательно, возможность своевременно произвести в ней необходимые коррективы и проверить ее результативность путем моделирования.

Можно полагать, что в недалеком будущем от активного применения видеотехники психотерапевтами-профессионалами, от умения использовать новые информационные технологии во многом будет зависеть дальнейшее развитие теории и практики психотерапии.

См. также *Видеообратная связь в психотерапии, Само моделирование на основе видеозаписи.*

**АУТЕНТИЧНОСТЬ** (греч. *authentikys* — подлинный). Понятие, разработанное в гуманистической психологии и психотерапии и отражающее одну из важнейших интегративных характеристик личности. По Роджерсу (Rogers C. R.), который активно использовал этот термин, А. — это способность человека в общении отказываться от различных социальных ролей (психотерапевта, профессионала, педагога, руководителя и т. п.), позволяя проявляться подлинным, свойственным только данной личности мыслям, эмоциям и поведению. Наряду со способностью к безусловному принятию и *эмпатии* А. является обязательной составляющей эффективного человеческого общения.

Границы понятия А. нечетки. Часто в качестве синонимов термина А. используются такие определения, как полноценно функционирующая личность (Роджерс (Rogers C. R.)), свобода (Олпорт (Allport F.H.)), *самоактуализация* (Маслоу (Maslow A.H.)), самость, целостная личность (Перлс (Perls F.S.)), конгруэнтность (Гриндер (Grinder J.), Бендлер (Bandler R.)).

Психологический смысл А. можно определить как согласованное, целостное, взаимосвязанное проявление основных психологических процессов и механизмов, обуславливающих личностное функционирование. Проявление или не проявление А. с этой точки зрения наблюдается при столкновении личностных мотивов и интересов с социальными нормами, доминирующими тенденциями общественного сознания. В такой ситуации аутентичное поведение предполагает цельное переживание непосредственного опыта, не искаженного психологическими защитными механизмами. Человек вовлеченно воспринимает происходящее и затем непосредственно проявляет свое эмоциональное отношение к нему. Его мысли и действия согласованы с эмоциями. В современных направлениях психологии, разрабатывающих формальную структуру коммуникации, поведение такого человека оценивается как конгруэнтное (т. е., с точки зрения стороннего наблюдателя, информация, поступающая от него по вербальному и невербальному каналам, является согласованной).

В традициях гуманистической психологии А. характеризует также некую идеальную личность, в противоположность невротической личности. На пути к А. осуществляется личностный рост. В *гештальт-терапии* А., самости предшествуют этапы осознания относительности социальных норм, неэффективности поведенческих шаблонов, утверждения собственной ценности с открытием в себе возможности проявления любых, даже негативных эмоций, с одновременным принятием на себя ответственности за аутентичное поведение в обществе. В этом контексте А. — это не образец для подражания, скажем, герою, а выстраданная в борьбе с самим собой свобода в принятии своих уникальных особенностей и неповторимой стратегии построения собственной жизни. Примером аутентичного поведения может служить поведение участника *тренинговой группы*, который, испытывая страх перед предстоящим групповым обсуждением вопроса «Как ты сейчас себя чувствуешь?», честно признается в том, что боится.

**АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА** (греч. *autos* — сам, *genos* — происхождение). Активный метод психотерапии, *психопрофилактики* и *психогигиены*, направленный на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенного в результате стрессового воздействия. Основными элементами методики являются тренировка мышечной *релаксации*, *самовнушение* и самовоспитание (аутодидактика). Активность А. т. противостоит некоторым отрицательным сторонам *гипнотерапии* в ее классической модели — пассивному отношению больного к процессу лечения, зависимости от врача.

Как лечебный метод А. т. была предложена для лечения неврозов Шульцем (Schultz J. H.) в 1932 г. В нашей стране ее стали применять в конце 1950-х гг. Лечебное действие А. т., наряду с развитием в результате релаксации трофотропной реакции, характеризующейся усилением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и способствующей нейтрализации стрессового состояния, основано также на ослаблении активности лимбической и гипоталамической

областей, что сопровождается снижением общей тревожности и развитием антистрессовых тенденций у тренирующихся (Лобзин В. С., 1974).

Выделяют две ступени А. т. (по Шульцу): 1) низшая ступень — обучение релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, на овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания; 2) высшая ступень — аутогенная медитация — создание трансовых состояний различного уровня.

Низшую ступень, А.т.-1, составляют шесть стандартных упражнений, которые выполняются пациентами в одной из трех поз: 1) положение сидя, «поза кучера» — тренирующийся сидит на стуле со слегка опущенной вперед головой, кисти и предплечья лежат свободно на передней поверхности бедер, ноги свободно расставлены; 2) положение лежа — тренирующийся лежит на спине, голова покоится на низкой подушке, руки, несколько согнутые в локтевом суставе, свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз; 3) положение полулежа — тренирующийся свободно сидит в кресле, облокотившись на спинку, руки на передней поверхности бедер или на подлокотниках, ноги свободно расставлены. Во всех трех положениях достигается полная расслабленность, для лучшей сосредоточенности глаза закрыты.

Упражнения выполняются путем мысленного повторения (5-6 раз) соответствующих формул самовнушения, которые подсказываются руководителем тренировки. Каждое из стандартных упражнений предваряется формулой-целью: «Я совершенно спокоен».

Первое упражнение. Вызывание ощущения тяжести в руках и ногах, что сопровождается расслаблением поперечно-полосатой мускулатуры. Формулы: «Правая рука совершенно тяжелая», затем «Левая рука совершенно тяжелая» и «Обе руки совершенно тяжелые». Такие же формулы для ног. Окончательная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые».

Второе упражнение. Вызывание ощущения тепла в руках и ногах с целью овладения регуляцией сосудистой иннервации конечностей. Формулы: «Правая (левая) рука совершенно теплая», затем «Руки совершенно теплые», те же формулы для ног. Окончательная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые и теплые».

Третье упражнение. Регуляция ритма сердечных сокращений. Формула: «Сердце бьется сильно и ровно».

Четвертое упражнение. Нормализация и регуляция дыхательного ритма. Формула: «Дышу совершенно спокойно».

Пятое упражнение. Вызывание ощущения тепла в области брюшной полости. Формула: «Мое солнечное сплетение излучает тепло».

Шестое упражнение. Вызывание ощущения прохлады в области лба с целью предотвращения и ослабления головных болей сосудистого генеза. Формула: «Мой лоб приятно прохладен».

Показателем усвоения очередного упражнения является генерализация ощущений. Например, упражнение по *внушению* тепла в конечностях считается усвоенным тогда, когда тепло начинает разливаться по всему телу.

На проработку каждого упражнения уходит 2 недели. Весь курс А.т.-1 длится около трех месяцев. Обычно занятия проводятся в группах 1-2 раза в неделю под руководством психотерапевта; продолжительность занятия 15-20 минут. Большое внимание уделяется самостоятельным тренировкам пациентов, которые проводятся дважды в день (утром, перед тем как встать, и вечером, перед сном), причем, как правило, пациенты ведут дневники, где описывают ощущения, испытываемые ими во время занятий.

При освоении первых двух стандартных упражнений («тяжесть» и «тепло») возникает особое состояние аутогенного погружения, которое Шульц называл «переключением» и определял физиологически как «понижение биотонуса при сохранном сознании». Мюллер-Хегеманн (Muller-Negemann D.) объясняет это состояние снижением активности коры при отсутствии внешних раздражителей и сокращением мыслительных процессов вследствие сосредоточенности на формулах тренировки. Это состояние характеризуется как промежуточное между сном и бодрствованием, оно весьма близко к первой стадии гипнотического сна (сомноленции). Глубина аутогенного погружения подразделяется на три фазы. В первой фазе пациент ощущает тяжесть, тепло, истому, разлившуюся по всему телу. Вторая фаза характеризуется ощущением телесной легкости, невесомости, причем нередко

возникают нарушения схемы тела. Третью фазу можно характеризовать как «исчезновение тела».

Первая и вторая фазы могут быть дифференцированы электроэнцефалографически. В силу значительного торможения коры повторяемые формулы становятся эффективным средством самовнушения. В аутогенном погружении пациент приступает к направленному против определенных болезненных расстройств самовнушению.

Лутэ (Luthe W.) выделяет 5 типов формул-намерений: 1) нейтрализующие, использующие вариант самовнушения «все равно»: «Глотание все равно» — при эзофагоспазме, «Цветочная пыльца все равно» — при аллергиях и т. п.; 2) усиливающие, например: «Я знаю, что я проснусь, когда мой мочевой пузырь даст знать о себе» — при энурезе; «Мой мозг говорит автоматически» — при заикании; 3) абстинентно-направленные, например: «Я знаю, что я не приму ни одной капли алкоголя, ни в какой форме, ни в какое время, ни при каких обстоятельствах»; 4) парадоксальные, например: «Я хочу писать как можно хуже» — при писчем спазме; 5) поддерживающие, например: «Я знаю, что я не завишу от лекарств» — при астме; «Имена интересны» — при плохом запоминании имен.

По общему мнению, А. т. наиболее эффективна при лечении неврозов, функциональных расстройств и психосоматических заболеваний. Она показана прежде всего при неврастении. В рамках этой формы невроза наибольший эффект отмечается при психогенных сексуальных расстройствах и расстройствах сна. При неврозе навязчивых состояний это — фобический синдром; удовлетворительные результаты при лечении obsessions. Многие исследователи указывают на низкую эффективность А. т. при истерии, когда отмечается своеобразная «желательность» болезни. Сравнительную резистентность обнаруживают больные с ипохондрическим синдромом. Практически отсутствует эффект при компульсивном синдроме у больных неврозом навязчивых состояний. Низкая эффективность лечения отмечается также при психастении.

Наилучшие результаты применения А. т. наблюдаются при лечении тех заболеваний, проявления которых связаны с эмоциональным напряжением и со спазмом гладкой мускулатуры, причем парасимпатический эффект достигается легче, чем симпатический. В литературе отмечается хороший результат применения А. т. при бронхиальной астме, в инициальном периоде гипертонической болезни и облитерирующего эндартериита, при диспноэ, эзофагоспазме, стенокардии, при спастических болях желудочно-кишечного тракта и запорах. Имеются данные об удовлетворительных результатах при лечении больных язвенной болезнью, одной из причин которой, по распространенному мнению, является местный неврогенный спазм сосудов.

А.т. эффективна как метод лечения различных невротических расстройств речи и фонации. Однако в общей группе больных А. т. помогает купировать лишь явления логофобии, но не излечивает заикание как системный невроз, в связи с чем необходимы занятия пациентов в специализированных психотерапевтических группах для больных логоневрозами.

А. т. включается в комплексное лечение алкоголизма и наркомании, в частности для устранения абстинентного синдрома и формирования антитоксикоманической установки. В неврологической клинике А. т. применяется при лечении остаточных явлений органических заболеваний нервной системы с целью купирования психогенных расстройств, дополняющих и осложняющих картину органического поражения нервной системы, а также коррекции реакции личности на болезнь при сосудистых поражениях мозга, лечении остаточных явлений черепно-мозговых травм, нейроинфекций и др.

Успешное снятие эмоционального напряжения и тревоги с помощью А. т. оправдывает ее включение в многочисленные варианты методик психопрофилактики родовых болей.

Широкое применение А. т. получила также в качестве психогигиенического и психопрофилактического средства при подготовке спортсменов, людей, работающих в условиях эмоциональной напряженности и в экстремальных условиях. Накоплен положительный опыт применения специальных вариантов А. т. как метода производственной гигиены.

Противопоказаниями для применения А. т. являются состояния неясного сознания и бреда, в особенности бреда отношения и воздействия. Не рекомендуется А. т. во время острых соматических приступов и вегетативных кризов. При выраженной артериальной гипотонии используются некоторые специальные приемы для преодоления нежелательного преобладания вагусной системы (см. ниже модификацию К. И. Мировского и А. Н. Шогама).



Модификация аутогенной тренировки низшей ступени.

1. Модификация Мюллера-Хегеманна (1957). Основываясь на работах об обширном представительстве в корковых структурах лица (особенно языка) и кисти (особенно большого пальца), Мюллер-Хегеманн модифицировал методику Шульца, введя несколько дополнительных формул, а именно: «Лицевые мышцы совершенно расслаблены», «Челюсть отвисает свободно вниз», «Язык совершенно тяжелый» — перед формулой «Лоб приятно прохладен» и «Обе кисти рук совершенно тяжелые» — после формулы «Обе руки совершенно тяжелые». Расслабление мышц лица и кистей рук способствует более глубокому аутогенному погружению, а у больных мигренью нередко купирует начинающийся приступ. Автор вносит изменения и в третье упражнение. При его выполнении больной должен представить себе левую руку наполняющейся струящимся теплом от пальцев левой кисти до плечевого сустава. В дальнейшем он «переливает» это «накопленное в левой руке тепло» в левую половину грудной клетки, ощущает его струящимся по сердцу и так добивается рефлекторного расширения коронарных сосудов.

2. Модификация Клейнзорге и Клумбиса (Kleinsorge H. и Klumbies G., 1965). Авторы разработали технику тренировки, нацеленную на органы. Такая «направленная органотренировка» является дальнейшим развитием А. т. После завершения сокращенного общего курса А. т. авторы разделяют больных на группы по определенным синдромам. В этих группах проводится курс специализированных упражнений, представляющих собой соответствующим образом расширенные и дополненные классические упражнения первой ступени. Комплекуются следующие группы.

Группа «голова». Показания: вазомоторные головные боли, мигрень, синдром Меньера, расстройства активного внимания. Акцент делается на 6-м упражнении А. т.-1: «Лоб приятно прохладен, голова ясная, свободная, свежая, она может сосредоточиться на любой мысли» и т. п.

Группа «сердце». Показания: стенокардия, кардиологический синдром, нарушение сердечного ритма. Акцент — на 2-м и 3-м упражнениях. Терапевтическое действие основано на рефлекторном расширении венечных сосудов при расширении кожных сосудов левой руки.

Группа «живот». Показания: спазмы мускулатуры органов брюшной полости, гастралгия, дискинезия желчных путей, слизистый и язвенный колит. Акцент — на 5-м упражнении. Авторы заменяют формулу Шульца «Солнечное сплетение излучает тепло» как необоснованную физиологически на «Приятное тепло разливается в моем животе».

Группа «сосуды». Показания: нарушения периферического кровообращения, гипертоническая болезнь в неврогенной стадии. Упражнения построены на основе первых двух упражнений А. т.-1.

Большое значение придается формулам общего спокойствия.

Группа «легкие». Показания: психогенные диспноэ, бронхиальная астма (вне приступа), начальные степени эмфиземы. Тренировка проводится в положении лежа, при открытых окнах. Вводится формула: «Мне дышится совсем легко».

Группа «покой». Показания: нарушения сна и эмоциональные нарушения. Тренируются в положении лежа. Специальные упражнения направлены на расслабление скелетной мускулатуры (частью заимствованы из комплекса прогрессирующей мышечной релаксации). Транквилизация достигается также косвенно — представлением картин, эмоционально приятно окрашенных (пейзажей и т. п.).

Специализация групп по отдельным синдромам признается нерациональной многими авторами. В последнее время «направленная органотренировка» проводится чаще всего не в лечебных группах, а с профессионально-прикладными целями — при подготовке актеров, спортсменов и др. При такой группировке тренирующихся оказываются излишними многие стандартные упражнения А. т.-1, их заменяют узкоспециальные приемы.

3. Модификация К. И. Мировского и А. Н. Шогама (1963). Авторы назвали свою модификацию «психотонической тренировкой». Ими разработаны приемы, не только снижающие, но и повышающие тонус, мобилизующие. Благодаря этому они добились дальнейшего расширения сферы применения А. т., исключив из числа противопоказаний артериальную гипотонию и астению. Больные тренируются в «астено-гипотонической группе». Мышечная релаксация исключается, поскольку снижение артериального давления противопоказано. В формулы вводятся слова, имитирующие выраженные симпатомиметические сдвиги (озноб, «гусиная кожа», холод и т. п.). Тренировка заканчивается

энергичной мускульной самомобилизацией. Текст тренировки: «Я совершенно спокоен. Все мое тело расслаблено и спокойно. Ничто не отвлекает. Все безразлично мне. Я чувствую внутреннее успокоение. Плечи и спину обдает легкий озноб. Будто приятный, освежающий душ. Все мышцы становятся упругими. По телу пробегают "мурашки". Я — как сжатая пружина. Все готово к броску. Весь напряжен. Внимание! Встать! Толчок!»

По данным К. И. Мировского (1965), часто уже после первого занятия удается повысить артериальное давление с 60-70/45-50 до 110-130/70-80 мм рт. ст.

4. Мобилизирующие, активирующие упражнения, вызывающие симпатомиметические сдвиги, используются также А. В. Алексеевым (1969) и Л. Д. Гиссенем (1969), предложившими «психорегулирующую тренировку» для подготовки спортсменов.

5. Модификация М.С. Лебединского и Т. Л. Бортник (1965). Это сокращенный вариант А. т., приспособленный для стационара. Продолжительность курса — 1 месяц (вместо 3). Срок лечения уменьшается за счет удлинения каждого сеанса в начале лечения до 30 минут. Больной занимается ежедневно 1 раз с врачом и дважды самостоятельно. Каждое упражнение усваивается за 3 дня. Срок лечения уменьшается и благодаря расширению формул. Например, формула мышечной релаксации: «Я чувствую тяжесть в правой руке, в плече, предплечье, пальцах. До самых кончиков пальцев правой руки чувствую тяжесть». Возникновению ощущения тепла в области солнечного сплетения способствует представление о проглатывании слюны и разливающимся тепле в области пищевода и желудка. Срок лечения сокращается и благодаря усилению гетеросуггестивного момента А. т.: больные повторяют про себя формулы, которые врач произносит несколько раз. Перед началом работы с каждой формулой и при переходе от одной формулы к другой звучит расширенная формула спокойствия: «Я спокоен. Я совершенно спокоен».

Спокойно и ритмично дыхание. Ритмичен пульс. Сердце бьется ровно и спокойно».

6. Репродуктивная тренировка (модификация А. Г. Панова, Г.С. Беляева, В.С. Лобзина, И.А. Копыловой, 1980) представляет собой комплексную методику психофизиологической и личностной саморегуляции. В этой модификации широко используется в качестве реализующего приема сенсорная репродукция — преднамеренное воспроизведение ощущений. Репродуктивная тренировка включает подготовительные психотерапевтические мероприятия (изучение личности больного и определение основных методов психотерапевтического воздействия), предварительные упражнения (дыхательная гимнастика, идеомоторная и релаксирующая тренировка мышечного аппарата) и собственно обучающий курс А. т. Репродуктивная тренировка, как указывают авторы, — методика в известной мере компилятивная, объединяющая в единой технике приемы, заимствованные из многих источников. Большое внимание в этой модификации уделяется так называемой «маске релаксации» — упражнению, с которого начинается курс А. т: «Мягко опустить веки, свести взор кнутри и книзу на щеки по бокам носа, язык мягко приложить к корням верхних зубов изнутри (звук «Т»), дать нижней челюсти слегка отвиснуть, ощутив ее вес, и чуть выпятить ее вперед (звук «Ы»)).

Другой особенностью данной методики является введение в обучающий курс А. т. дыхательной гимнастики, которая проводится по специально разработанным авторами схемам. Ритмичное форсированное дыхание понижает возбудимость некоторых нервных центров и способствует мышечной релаксации. Многие авторы отмечают влияние дыхательной гимнастики на выравнивание эмоционального состояния тренирующихся, на способность к концентрации внимания. Во время дыхательной гимнастики в брюшной полости возникает глубинное тепло, поэтому она используется перед формулой вызывания тепла в животе.

Другие модификации аутогенной тренировки низшей ступени описаны в монографии В. С. Лобзина и М. М. Решетникова «Аутогенная тренировка» (1986).

Упражнения низшей ступени воздействуют по преимуществу на вегетативные функции. С целью оптимизации высших психических функций Шульц разработал высшую ступень А. т. (А. т.-2), упражнения которой должны научить вызывать сложные переживания, приводящие к излечению через «аутогенную нейтрализацию» и «самоочищение» (*катарсис*). Стандартные упражнения А. т.-1 автор считал лишь подготовкой к основному лечению, второй ступени — аутогенной *медитации*, с помощью которой и достигается аутогенная нейтрализация. Он полагал, что окончательно избавиться от невроза можно, лишь нейтрализовав отрицательные переживания. Приемы такого самоочищения Шульц

заимствовал из древнеиндусской системы *йоги*.

Аутогенная медитация по Шульцу. Прежде чем приступить к аутогенной медитации, тренирующийся должен научиться удерживать себя в состоянии аутогенного погружения длительное время — по часу и более. Во время такой «пассивной концентрации» возникают различные визуальные феномены («тени», «простейшие формы», цветовые пятна и т. п.). Дальнейшая подготовка состоит в научении вызывать и удерживать «пассивную концентрацию» при наличии раздражающих помех — яркого света, шума, звучащего радио и т. п.

Первое упражнение. Фиксация спонтанно возникающих цветовых представлений.

Второе упражнение. Вызывание определенных цветовых представлений, «видение» заданного цвета.

Третье упражнение. Визуализация конкретных предметов.

Четвертое упражнение. Сосредоточение на зрительном представлении абстрактных понятий, таких как «справедливость», «счастье», «истина» и т. п.

Во время выполнения этого упражнения возникает поток представлений строго индивидуальных. Например, «свобода» ассоциируется с белой лошадью, скачущей по прерии. Конкретные зрительные образы, ассоциирующиеся с абстрактными понятиями, помогают, по мнению Шульца, выявиться подсознательному.

Пятое упражнение. Концентрация «пассивного внимания» на произвольно вызываемых, эмоционально значимых ситуациях. Во время выполнения упражнения тренирующийся нередко «видит» себя в центре воображаемой ситуации.

Шестое упражнение. Вызывание образов других людей. Вначале следует научиться вызывать образы «нейтральных» лиц, затем — эмоционально окрашенные образы приятных и неприятных пациенту людей. Шульц отмечает, что в этих случаях образы людей возникают несколько шаржированно, карикатурно. Постепенно такие образы становятся все более «спокойными», «бесстрастными», смягчаются карикатурные черты, элементы эмоциональной гиперболизации. Это служит показателем начавшейся «аутогенной нейтрализации».

Седьмое упражнение. Автор назвал его «ответом бессознательного». Тренирующийся спрашивает себя: «Чего я хочу?», «Кто я такой?», «В чем моя проблема?» и т. п. В ответ он подсознательно отвечает потоком образов, помогающих увидеть себя «со стороны» в разнообразных, в том числе и тревожащих, ситуациях. Так достигается катарсис, самоочищение, и наступает «аутогенная нейтрализация», т. е. излечение. Анализируя описание медитативных упражнений по Шульцу, нетрудно заметить, что они сводятся к серии приемов своеобразного «аутопсихоанализа».

Соавтор Шульца по 6-томному руководству Луте вводит новые элементы в структуру метода — приемы аутогенной нейтрализации: аутогенное отреагирование и аутогенную *вербализацию*. Эти методы составляют основное содержание 6-го тома руководства по аутогенной терапии.

Аутогенное отреагирование по Луте. Для нейтрализации отрицательных переживаний используются приемы «повторения» тех ситуаций, которые и явились причиной психической травмы. Так же как и при психоаналитических сеансах, во время аутогенного отреагирования врач соблюдает полную нейтральность. Опыт автора показывает, что мозг пациента сам «знает», в какой форме и в каком порядке следует «высказывать материал» при аутогенной нейтрализации. Подчеркивается, что при нейтрализации высвобождается (т. е. вербализуется) лишь тот «материал», который мешает нормальной деятельности мозга. Аутогенная вербализация осуществляется при закрытых глазах, а задачей пациента является рассказ о всех появляющихся в состоянии аутогенного расслабления сенсорных образах.

В методике практического проведения аутогенного отреагирования по Луте можно выделить пять основных правил, или условий (Лобзин В. С., Решетников М. М., 1986): 1) необходимость перехода от стандартных упражнений к пассивному настрою на зрительные образы; 2) ничем не ограничиваемое вербальное описание любого вида восприятия (сенсорных образов); 3) принцип *психотерапевтического вмешательства* в управляемую мозгом нейтрализацию; 4) соблюдение или признание внутренней динамики, которая присуща периоду аутогенных разрядов; 5) принцип самостоятельного окончания психотерапевтической работы.

На протяжении всего курса аутогенного отреагирования применяются стандартные упражнения.

Самостоятельное выполнение аутогенного отреагирования допускается только с разрешения психотерапевта. Интервалы между сеансами составляют 7-10 дней.

Аутогенная вербализация по Лутэ. Этот прием в значительной степени аналогичен аутогенному отреагированию, однако осуществляется без визуализации представлений. В отличие от аутогенного отреагирования, аутогенная вербализация применяется в тех случаях, когда «мешающий материал» (болезненные переживания) поддается точному описанию. Вербализация определенной темы (например, «агрессия», «желание», «страх» и т. п.) проводится в состоянии аутогенного расслабления и продолжается до тех пор, пока пациент не заявляет, что сказать ему уже нечего. При аутогенной вербализации предполагается, что пациент знает «тему», которая содержит «мешающий материал». По сути, приемы аутогенной нейтрализации представляют собой ассоциативный эксперимент, предложенный еще *Юнгом* (Jung C. G.) для выявления скрытых или подавляемых влечений. Новым является реализация данного приема в состоянии аутогенной релаксации.

Отечественными авторами (Панов А. Г., Беляев Г. С., Лобзин В. С., Копылова И. А., 1980) разработан оригинальный комплекс упражнений высшей ступени А. т. Концепция авторов высшей ступени А. т. базируется в первую очередь на данных психофизиологии эмоций. Центральными в комплексе А. т.-2 являются приемы преднамеренной регуляции эмоционального состояния, преднамеренного моделирования эмоций. Основными приемами моделирования настроения авторы считают управление мышечным тонусом (типа *прогрессирующей мышечной релаксации Джекобсона*), упражнения сюжетного воображения и так называемые «упражнения самоутверждения».

Упражнения сюжетного воображения. Их целью является самостоятельное, сознательное и преднамеренное формирование заданного эмоционального состояния, а суть заключается в репродуцировании эмоционально окрашенных представлений, образов и динамичных ситуаций (сюжетов). Формирование эмоционально значимых сюжетных представлений начинается с постановки цели: какое эмоциональное состояние надлежит моделировать. В зависимости от выбранной цели определяется и цвет, соответствующий нужной эмоции. Выбранный цвет служит базой для формирования словесного самоприказа. В качестве примера приводим упражнение под названием «Парк».

Цель упражнения — создать состояние покоя, внутреннего комфорта, ленивой истомы, глубокого отдыха. Основные сенсорные представления — зрительные. Самоприказ: «Зеленая-зеленая зелень. Зеленая-зеленая листва. Зеленая листва шелестит». Образная развертка — представить себя в парке в теплый и солнечный летний день. Солнечные блики перемежаются с пятнами тени от листвы. Телу тепло, но не жарко (температурный образ). Листва свежая, яркая (цветовой образ). Просторные поляны и аллеи уходят вдаль (пространственный образ). Листва шелестит на слабом ветру, далекие и неясные голоса людей (звуковой и осязательный образы — ветерок). Запах свежей листвы (обонятельный образ). Музыкальное подкрепление — плавная негромкая музыка, льющаяся из парковых репродукторов. Следует вжиться в эту картину, прочувствовать и зафиксировать ее в сознании.

Упражнения самоутверждения. Нередко возникают предвидимые заранее чрезвычайные житейские ситуации, связанные с повышенным чувством ответственности. Тревожное ожидание таких ситуаций порождает неуверенность в себе, страх перед неудачей и может спровоцировать невротический срыв. К таким ситуациям можно подготовиться с помощью «упражнений самоутверждения». Больным советуют по утрам, еще не проснувшись окончательно, т. е. находясь в естественном аутогенном погружении, репетировать тревожащую их ситуацию, но не такую, какой они боятся, а такую, какой они хотят ее видеть. Это репетиция успеха. Подобные репетиции успеха можно проводить за несколько дней до ожидаемого события или непосредственно в тот день, когда оно предстоит, но не перед сном, так как это может спровоцировать расстройство сна.

В исследованиях отечественных и зарубежных авторов отмечается возможность ускорения реализации навыков, полученных в процессе А. т., путем использования принципа *биологической обратной связи* (электромиографической, электроэнцефалографической, температурной, обратной связи ритма сердца и др.).

**АУТОГИПНОЗ.** Гипнотическое состояние, вызываемое субъектом по собственной инициативе. По мнению Шертока (Chertok L., 1972), А. может использоваться для упрочения эффекта

симптоматического лечения, прежде всего осуществляемого с помощью гетерогипноза (гипнотизирования врачом). Обучение А. может проводиться двумя способами: под *гипнозом* (в присутствии психотерапевта) и самостоятельно.

Примером обучения А. под гипнозом является методика, описанная Вайтценхоффером (Weitzenhoffer А. М., 1957). После введения пациента в глубокое гипнотическое состояние производится постгипнотическое *внушение* следующего характера: «В дальнейшем каждый раз, когда вы захотите достичь состояния гипноза, даже более глубокого, чем настоящее, вы сможете добиться этого. Вам надо только удобно устроиться и расслабиться, сделав несколько глубоких вдохов. Вы постараетесь расслабиться, как это было сейчас, когда я вас гипнотизировал. Когда вы расслабитесь, скажите себе мысленно, что вы сейчас войдете в состояние глубокого гипноза, затем сделайте три глубоких вдоха и, как только вы сделаете третий вдох, вы достигнете состояния глубокого гипноза. Во время гипноза вы сможете думать и сохранять полный контроль над собой. Вы можете делать себе любое внушение в то время, пока вы будете находиться под гипнозом. Чтобы проснуться, вам достаточно будет сказать себе, что вы просыпаетесь. Затем вы сосчитаете до трех и при счете "три" окончательно проснетесь. Если в то время, пока вы загипнотизированы, возникнет критическая ситуация, вы мгновенно автоматически проснетесь, чтобы принять все необходимые меры. Каждый раз, когда вы себя загипнотизируете, вы сможете слышать и выполнять все даваемые мною внушения, даже если они будут противоречить некоторым из тех внушений, которые вы сделали себе сами. Но вы не будете слушать никого другого и ни от кого не примете внушения, если, конечно, прежде не решили по-иному. Вы не будете использовать А. без достаточных на то оснований и не станете никогда злоупотреблять им. Эти внушения будут действовать до тех пор, пока я их не изменю или не отменю. Никто другой не сможет изменить их или отменить, даже вы сами».

Следующую инструкцию по самообучению А. приводит Родес (Rhodes R., 1952): «Первая стадия А. — это "заккрытие глаз". Так я обозначаю состояние, при котором, будучи бодрствующим, вы не сможете открыть глаза. Этого можно достичь, устроившись в удобном кресле в тихой комнате. Затем вы сделаете следующее: 1) Скажите "раз" и подумайте: "Мои веки становятся очень тяжелыми". Думайте только об этом, сосредоточьтесь на этой мысли, проникнитесь ею, пока вы о ней думаете. Отгоняйте всякую другую мысль, например такую: "Интересно, удастся ли это?" Сосредоточьтесь на одной мысли: "Мои веки становятся очень, очень тяжелыми". Если у вас будет только эта единственная мысль, если вы сосредоточитесь на ней, проникнетесь ею и поверите в нее в то время, пока вы о ней думаете, ваши веки начнут тяжелеть. Не ждите, чтобы они стали очень тяжелыми; когда они начнут тяжелеть, переходите к следующей фазе. 2) Скажите "два" и подумайте: "Мои веки теперь очень тяжелые, они сами смыкаются". Как и в первой фазе, думайте только об этом, сконцентрируйтесь на этой мысли, верьте в нее. Не закрывайте глаза насильно и не старайтесь держать их открытыми, но сосредоточьтесь на единственной мысли: "Мои веки сейчас такие тяжелые, что сами закрываются", и в то же время, пока вы повторяете эту единственную мысль, пусть ваши веки действуют самостоятельно. Если вы действительно сосредоточитесь на этой мысли, исключив все другие, если вы проникнетесь ею и будете верить в нее, пока вы о ней думаете, ваши глаза медленно закроются. Когда веки сомкнутся, оставьте их в этом состоянии. 3) Скажите "три" и подумайте: "Мои веки крепко сомкнуты, я не могу открыть глаза, несмотря на все усилия". Как и прежде, мысленно повторяйте это, думайте только об этом, сосредоточьтесь на этой мысли, проникнитесь ею и верьте в нее. Но вместе с тем попытайтесь открыть глаза; вы заметите, что не можете этого сделать, пока не скажете "откройтесь", и только тогда ваши глаза мгновенно откроются. Не отчаивайтесь, если первые попытки А. окажутся неудачными. Чаше всего при обучении А. первые две или три попытки заканчиваются неудачей, поскольку обычно еще отсутствует умение сосредоточиться только на одной мысли, исключив все остальные. Неудача вовсе не свидетельствует о недостаточных умственных способностях. Скорее наоборот: у интеллектуально развитых людей обычно возникает несколько мыслей одновременно, отмечается их взаимопроникновение. Чтобы сосредоточиться на одной мысли, необходимо овладеть новым умением, требующим упорства и практики. И если в первый раз вы потерпите неудачу, надо попытаться снова. Если вы способны контролировать процессы мышления, вам удастся сосредоточиться на одной мысли. Как только вы сможете это сделать, А. станет вам доступен. Таким образом, когда после первых фаз ваши глаза закроются, вы перейдете к третьей фазе и подумаете: "Мои веки крепко сомкнуты, я не могу

открыть глаза, несмотря на все усилия". Вы должны постоянно возвращаться к этой мысли, единственной мысли, и в то время, как вы думаете об этом, попытайтесь открыть глаза. Все время, пока вы будете сосредоточиваться на этой единственной мысли, веки останутся сомкнутыми. Ваши мышцы будут напрягаться, чтобы открыть глаза, но они останутся закрытыми до тех пор, пока вы не скажете вслух или мысленно "откройтесь". Следующая фаза состоит в ускорении процесса. Попробуйте два или три раза удостовериться, что вам удалось крепко закрыть глаза. С каждым разом результат будет лучше. 4) Теперь переходите к ускорению. Первую фазу проведите, как прежде, и в момент, когда ваши веки отяжелеют, переходите ко второй фазе. В то время, когда вы говорите "два", подумайте об указанной мысли один раз, но исключив все остальные мысли. Когда глаза закроются, скажите "три" и снова подумайте об указанной мысли один раз, но только о ней. Ваши веки останутся сомкнутыми. Разомкните их по команде "открыть". Теперь начните снова все, что вы делали, но вместо того, чтобы говорить "один", "два", "три", ограничьтесь мыслью об этих числах в том же порядке. Наконец, делайте все упражнения без чисел, но повторяйте по одному разу мысли первой, второй и третьей фаз. После достаточной тренировки вы сможете почти мгновенно закрывать глаза и сохранять веки сомкнутыми, лишь один раз подумав о мысли третьей фазы. Вы заметите, что приобрели скорость и способны все увереннее контролировать себя. Овладев умением концентрироваться только на одной мысли (первая или вторая фаза), вы сможете почти мгновенно переходить к третьей фазе, которая представляет сложную мысль. Пробным камнем успеха в А. является способность быстро закрывать глаза. Когда вы этого добьетесь, то сможете достигнуть той глубины гипноза, которая необходима для безбоязненной встречи с тревожащими вас проблемами. Следующей фазой является *релаксация*. Оставайтесь с закрытыми глазами и думайте:

"Я буду глубоко дышать и полностью расслаблюсь". Сделайте глубокий вдох и на выдохе полностью расслабьтесь. Думайте: "Я буду дышать ровно и глубоко и при каждом вдохе все больше и больше расслабляться".

Когда вы добьетесь закрытия глаз и релаксации (которая вскоре будет возникать одновременно с закрытием глаз), вы достигнете первой ступени А. Теперь вы в состоянии воспринимать внушение, которое вы себе делаете, с гипнотическим и постгипнотическим эффектом. Но как и для закрывания глаз, где скорость достигалась неоднократным повторением, для осуществления следующих фаз тоже необходима тренировка. Секрет успеха заключается в способности сосредоточиться только на одной мысли, исключив все остальные, проникнуться ею, верить в нее. Для начала попробуйте простые внушения. Например: сожмите правой рукой указательный палец левой руки. Думайте: "Я не могу освободить свой палец". Как и прежде, сосредоточьтесь на этой единственной мысли, проникнитесь ею, верьте в нее и одновременно попытайтесь освободить палец. Он будет скован до тех пор, пока вы не подумаете: "Теперь я могу освободить его" (или любое другое слово или выражение с тем же смыслом). В дальнейшем могут проводиться другие простые или более сложные внушения".

Иногда во время вызывания гипнотического состояния у самого гипнотерапевта может параллельно возникнуть трансовое состояние сознания, которое при традиционном гипнозе воспринимается как помеха. При проведении *эриксоновского гипноза* А. — это важное умение, которым необходимо овладеть психотерапевту, для того чтобы в нужное время обратиться к своему интуитивному опыту или повысить свою эмпатическую чувствительность в процессе лечения. Обучение погружению в А. осуществляется следующим образом.

Вначале необходимо дать предварительную инструкцию своему подсознанию относительно того, сколько времени (10, 20, 30 минут) предполагается пробыть в трансе, например: «Я хотел бы, подсознание, чтобы ты разбудило меня через 15 минут, и, проснувшись, я чувствовал бы себя бодрым и обновленным». В своей книге «Трансформация» Бендлер (Bandler R.) и Гриндер (Grinder J.) дают описание техники А. при использовании эриксоновской модели гипноза. Вы усаживаетесь в удобном и спокойном месте и определяете для себя какой-либо объект, на который можно смотреть не напрягаясь. Сосредоточьте взгляд на этом объекте и произнесите сами три утверждения, относящиеся к зрительному восприятию («Я вижу свет, мерцающий на стекле люстры, я вижу люстру, я вижу комнату»). Затем вы переключаетесь на три утверждения, относящиеся к тому, что вы слышите («Я слышу шум улицы, слышу шорохи в комнате» и т. д. ). Далее вы высказываете три утверждения, относящиеся к кинестетическому восприятию («Я чувствую, как подошвы моих ног плотно

соприкасаются с полом, я чувствую вес одежды на мне, я чувствую тепло ладоней»). После ряда высказываний по каждому из сенсорных каналов появляется ощущение слипания век, и вы позволяете глазам закрыться. На следующем этапе сеанса вы прежде всего определяете, какая из рук вам кажется более легкой. Затем вы высказываете предположение о том, что более легкая рука становится все легче и легче. Непроизвольными подсознательными движениями она медленно поднимется, приблизится к лицу, и в тот момент, когда она коснется лица, вы погрузитесь в состояние глубокого транса.

## Б

**БАЛИНТ** Михаэль (Balint M., 1886-1970). Английский врач-психоаналитик венгерского происхождения. Вклад Б. в психотерапию считается революционным шагом от *психоанализа* в общую медицину. Он не создал нового учения, а интегрировал естественнонаучные и пациент-центрированные представления и позиции, не отрицая роли соматики и соматических, биологических знаний, сконцентрировал внимание на роли «Я» пациента в общей медицине. По существу, Б. являлся представителем психосоматического направления, понимаемого не как раздел медицины, включающий определенный класс заболеваний, в происхождении которых психосоциальные факторы играют значительную роль, а как целостный подход, рассматривающий больного во всем многообразии его биопсихосоциальной сущности. Пациент приходит к врачу не только с болезненными симптомами, но и со страхом, с психологическими и социальными проблемами, часто связанными с его заболеванием. Для выявления психических компонентов болезни и ее психологических и социальных последствий необходимыми представляются специальная процедура, направленная на их описание и сходная со сбором анамнеза для выяснения и уточнения соматической симптоматики, а также приобретение опыта в психологическом понимании больных, в психотерапевтическом подходе к ним. Важное значение в такой работе имеет первый контакт врача и пациента, во многом определяющий характер последующего взаимодействия. Отношения «врач—больной», являющиеся моделью отношений пациента с окружающим миром, в частности в семье, становятся фокусом исследовательской и практической деятельности Б. С 1949 г. он начал проводить в клинике Тависток в Лондоне постоянно действующие дискуссионные групповые семинары с врачами о проблемах общей медицинской практики, которые были одновременно и исследовательскими, и обучающими (развивающими). Главной целью их был максимально полный анализ постоянно меняющихся отношений «врач—больной», изучение «фармакологии такого лекарства, как врач». Исследовательским «полигоном» служили не только ежедневная работа во врачебном кабинете, но и любые, даже мимолетные, встречи врача с пациентом. Задачи семинарских занятий Б. видел в анализе отношений во врачебной профессиональной практике, разработке диагностики отношений, постижении истинных потребностей пациента, раскрытии мотивов выбора им (своего) врача, глубинном понимании болезни. В обучающие задачи занятий входило развитие чувствительности к тому, что осознанно или неосознанно происходит во время взаимодействия врача и пациента.

В результате этой работы, проводимой совместно с коллегами, Б. в 1957 г. опубликовал книгу «Врач, его пациент и его болезнь» с подробными, обстоятельными описаниями случаев психотерапевтического опыта, с обучающими комментариями и катарстическими сообщениями. Книга, переведенная на несколько языков, стала толчком для основания во многих странах сходных дискуссионных семинаров, названных *балинтовскими группами*.

Наряду с указанными выше целями и задачами, решаемыми в тренинго-исследовательских группах, Б. и его коллеги ставили перед собой цель определить круг психотерапевтических методик, пригодных для врача общей соматической практики. В 1961 г. вышла книга Б., обобщающая опыт, полученный на лондонских семинарах.

Эта публикация явилась новым вкладом по внедрению психосоматических идей в общую медицину. В частности, Б. описал опыт по сокращению длинных бесед, обычно возможных только вне приемных часов, сначала до более короткой «фокальной терапии» (концентрация на основной проблеме), с последующим ее уплотнением, по мере понимания пациента и получения сведений о нем, до 10-15-минутного контакта, который легко реализуется на практике. При интенсивной самонастройке

на больного и на выбранный стиль отношений иногда к врачу и пациенту мгновенно приходит понимание существа их взаимосвязей, происходит так называемое «озарение» (*инсайт*), после чего больной нередко быстро успокаивается и частота консультаций сокращается.

Начиная свою групповую работу с врачами, Б. считал, что «единственным методом подготовки к психотерапии является психоаналитическая система». С течением времени он убедился, что не всегда *психоаналитические методы* и критерии целесообразны в групповой работе с общепрактикующими врачами. В его ориентации произошла существенная перемена. В 1964 г. он заявил, что «психоаналитические техники приемлемы только в рамках психоаналитической ситуации»; функцией же балинтовской группы является помощь врачам, практикующим в общей медицине. Оставаясь сторонниками психоанализа, Б. и его единомышленники предпочитали не пользоваться его методами при разборе клинических случаев, представляемых врачами-интернистами, и при анализе их взаимоотношений с пациентами. В балинтовских группах, как правило, занимаются выявлением реальных жизненных трудностей и проблем пациентов, играющих роль в генезе и протекании болезненных расстройств, не оперируя при этом фрейдовским понятием бессознательного и его *интерпретациями* символов.

См. также *Балинтовское движение, Балинтовская группа*.

**БАЛИНТОВСКАЯ ГРУППА.** Этот метод групповой тренинговой исследовательской работы получил название по имени своего создателя — *Балинта* (Balint M.), проводившего с 1949 г. в клинике Тависток в Лондоне дискуссионные групповые семинары с практикующими врачами и психиатрами. Опыт, обобщенный Балинтом в его книге «Врач, его пациент и его болезнь», лег в основу метода проведения исследовательско-обучающих семинаров. Центральный объект исследования в классической Б. г. — отношения «врач—больной». Они являются объективными, поскольку пациент переносит на врача определенные отношения, эмоциональные и поведенческие стереотипы, которые сходны с его отношением к объектам своей реальной жизни (значимые лица ближайшего окружения). Анализ этих отношений дает возможность более полно понять пациента во всем многообразии его связей и взаимодействий с реальным миром, что способствует повышению эффективности терапии. В то же время врач в своей практике нередко сталкивается с ситуациями, являющимися для него фрустрирующими (например, если пациент не готов, не может или не хочет говорить о своих проблемах врачу, который ориентирован на быстрое оказание помощи). Поэтому психотерапевту необходима проработка указанных феноменов в кругу коллег под руководством квалифицированного специалиста, что также дает возможность пройти обучение и приобрести новый опыт. В Б. г. врач может прояснить свои чувства и отношение к пациенту и то, как он на самом деле воспринимает больного.

Обычно 8-12 участников встречаются с психоаналитиком — руководителем группы, один раз в неделю для полуторачасовых занятий на протяжении 2-3 лет. Дискуссия развивается из описания 1-2 случаев, которые свободно всплывают в памяти. Дополнительные сведения об уже известном группе по предшествующим занятиям пациенте, как правило, сообщаются вначале. Как случай может быть квалифицирована даже короткая встреча с больным, если она, по мнению врача, представляет интерес. Однако обсуждают и небалинтовские случаи, если есть предварительная договоренность (Trenkel A., 1984). Группа и докладчик пытаются определить суть отношений «врач—больной» посредством комментариев и *свободных ассоциаций* (идей) по поводу обсуждаемого случая. Эти свободные ассоциации разбивают сообщение, подобно призме, на, возможно, бессознательные (неосознанные) детерминанты. Психоаналитик как руководитель группы изучает этот процесс, направляет и стимулирует его, делает выводы и дает *интерпретации*. Он объясняет структуру отношения «врач—больной»: формально — как она описывается, по мнению группы; содержательно — по способу ведения дискуссии, поведению группы (Loch W., 1969). При этом пронизываются различные уровни отношений: как пациент спонтанно сообщает о себе и своей болезни, так врач спонтанно делится со своими коллегами переживаниями отношений с пациентом; как врач пытается особым способом слушания понять скрытый смысл представлений своего пациента в контексте ситуативного момента, так стараются его коллеги добиться понимания отношений «врач—больной» в контексте своих реакций-отношений к спонтанным феноменам, которые обнаруживают в докладе своего коллеги. Неосознанные аспекты отношений, возникающих из «*переноса*», проявляются врачом как на уровне пациента, так и на уровне коллег. Этот актуальный «поперечно-рассеченный» феномен можно выявить



в условиях долгосрочного группового процесса, протекающего в течение нескольких лет одновременно и как учебный процесс, и как процесс отношений (Argelander Н., 1979).

Б. г. имеет ряд принципиальных отличий от родственных ей форм групповой работы. Так, Б. г. не является в строгом смысле «психоаналитическим семинаром случаев»: акцент на практическом использовании способа работы, центрированной на отношениях, модифицирует классические психоаналитические принципы. Б. г. не является также «самообучающейся» группой: в фокусе Б. г. стоят не эмоциональные потребности участников, а проблемы их отношений с пациентами. Б. г., нацеленная на новый способ сенситивного слушания, способствует более глубокому восприятию собственной личности (собственного «Я»). Оба процесса усиливаются в ходе балинтовского группового процесса. Наконец, Б. г. не является «центрированной на теме интеракцией»: при большом сходстве этих форм групповой работы (акцент делается на живом, связанном с практикой взаимном обучении) Б. г. более центрирована на отношениях, сильнее связана с *психоанализом*, происходит из области практической медицины. К объективной информации, например о диагнозе, нозологии, методах лечения, в Б. г. относятся так же, как к общепринятым светским рассуждениям.

Наряду с классической Б. г. существуют ее варианты. Бельгийский автор Моро (Moreau А., 1976) описывает экзистенциальную систему ведения Б. г. Как руководитель, он отказывается от психоаналитической позиции нейтральности, которая, по его мнению, «инфантилизует группу». Моро предпочитает быть активным участником обсуждения. Он отвергает психоаналитический метод интерпретации материала, выявляемого в ходе обсуждения, и считает задачей участников группы лишь выражение своих переживаний, вчувствование в переживания других членов группы, рассчитывая, что в этом отразятся отношения «врач—больной», помогающие лучше понять последнего. Если, по Балинту, «больного следует осмыслить одновременно в интеллектуальном и эмоциональном плане», то Моро требует отказа от интеллектуальных объяснений, поскольку для него важен не диагноз, а субъективное бытие больного, постигаемое не рациональным путем, а чутьем. Для того чтобы научить этому врачей, в дискуссии по поводу доклада об одном из случаев участникам группы следует говорить не о том, что они думают, а о том, что чувствуют во взаимоотношениях «врач—больной». Врачей учат быть с пациентами непринужденными, призывать последних говорить меньше о своей болезни, а главным образом — о своем эмоциональном отношении к ней. Созданию эмоционального настроения служат специальные приемы, например метод «встречи» — проигрывание ролей попарно участниками группы, в которых один из них представляет пациента. В отличие от классической Б. г., экзистенциальный ее вариант, согласно Моро, не только способствует улучшению эмоционального контакта врача с пациентами, но и учит его отвечать на вопросы, от которых врачи в своей практике обычно уклоняются, например на вопросы онкологического больного о неизбежной смерти.

Опыт Б. г., первоначально ориентированной на врачей общесоматической практики, в дальнейшем распространился и на подготовку психотерапевтов (Бараш Б. А. и др., 1992). Работа в такой Б. г., по мнению авторов, направлена на повышение компетентности в профессиональном межличностном общении; осознание личностных «слепых пятен», блокирующих профессиональные отношения с пациентом; расширение представлений о лечебном процессе, в противовес «апостольским» установкам врача; *психопрофилактику* участников группы, основанную на возможности проработки «неудачных» случаев в ситуации коллегиальной поддержки. В группу входят 6-15 человек (оптимально 8-10), работающих в одном или различных медицинских учреждениях, но желательно не связанных служебно-иерархическими отношениями. Группа может объединять людей с различным стажем работы, но наиболее эффективно участие их при стаже более трех лет. Основным принципом формирования группы является добровольность объединения профессионалов, готовых к пересмотру стереотипов в своей работе и заинтересованных в коллегиальной взаимопомощи. Работа в группе может осуществляться в течение 2-3 лет. В этом случае 4-5-часовые занятия проводятся 1-2 раза в месяц. Если группа сформирована из слушателей краткосрочного учебного семинара, занятия могут быть ежедневными или с интервалом в несколько дней, но общее их количество должно соответствовать числу участников. По желанию группы занятия могут фиксироваться с помощью видеокамеры или магнитофона. Руководитель Б. г. специально приглашается для этой работы или избирается участниками. Предметом анализа в группе являются обсуждения случаев из практики ее членов. Это могут быть «трудные» или «неудачные» эпизоды из прошлого, продолжающие беспокоить врача,

вызывающие у него дискомфортные воспоминания, остающиеся для него «непонятными»; текущие случаи, вызывающие у врача тревогу; так называемые фантастические терапевтические ситуации, даже гипотетическая возможность которых волнует врача. Каждое занятие посвящается конкретному случаю, о котором докладывает участник группы. Рассказ строится в абсолютно свободной форме, говорящего не ограничивают во времени и не перебивают. Для Б. г. нет необходимости в подготовке доклада, в восстановлении в памяти и документировании эпизода накануне. Более продуктивны спонтанные рассказы, так как анализ забытых важных деталей часто дает ценную информацию для выявления «слепых пятен». В заключение ведущий помогает сформулировать вопросы рассказчика по изложенному материалу таким образом, чтобы они были центрированы на взаимоотношениях врача и пациента, а не на технических деталях лечебного процесса. Авторы подчеркивают, что в задачи ведущего входит удержать группу от «сползания» к личностно-безопасному клиническому разбору с его центральным вопросом «Что надо делать с пациентом?», с одной стороны, и от смещения направленности работы группы в сторону личностной психотерапии, вызванного эмоциональной вовлеченностью участников группы и созданной атмосферой доверия и безопасности, с другой. По мнению ряда авторов, уклонение группы в ту или иную сторону может носить защитный характер и являться манифестацией избегания обсуждения собственного профессионального опыта, и ведущему приходится «возвращать» группу к обсуждению взаимоотношений «врач—больной».

В классической Б. г. поведение участников не регламентировано, все спонтанные реакции, эмоциональные и поведенческие, фиксируются ведущим и могут быть объектом динамического анализа. Опыт работы с отечественными специалистами подсказал авторам вариант Б. г. со структурируемыми этапами. В частности, на следующем после доклада этапе (вопросы к рассказчику) всем участникам по кругу предлагается задать уточняющие вопросы. Ведущий следит за тем, чтобы вопросы не подменялись советами, перерастающими в *групповую дискуссию*. Нередко уже на этом этапе докладчик отмечает, что вопросы, поставленные членами группы, оказываются более существенными, чем его собственные, для прояснения описанной им ситуации. Такие вопросы могут выноситься на групповое обсуждение наряду с его собственными. На следующем этапе всем участникам группы по кругу предлагается дать свои ответы на все поставленные задачи. В отличие от «права» задавать вопросы рассказчику на предыдущем этапе, ответы на его вопросы являются «обязанностью» всех членов группы. Каждый из ответов или суждений участников расширяет видение ситуации, стимулирует самопознание. Однако наиболее ценными являются свободные ассоциации «аналогичного случая», высказывания коллег, которые сознательно или неосознанно идентифицируют себя с пациентом. Ведущий внимательно следит за сохранением центрированности обсуждения на взаимоотношениях «врач—больной», оказывает *эмоциональную поддержку* рассказчику, предотвращает блокирующие дискуссии. При критической установке группы целесообразно использование *психодрамы*, в процессе которой «советчику и критику» предлагается реализовать собственные советы. Роль пациента отводится рассказчику. Обычно это нейтрализует критический настрой группы и эмоционально поддерживает рассказчика, в ряде случаев психодрама может провоцировать конструктивный *инсайт* у членов группы. В хорошо работающей группе высказывания отдельных участников побуждают к продолжению дискуссии в виде второго, третьего кругов обсуждения, предметом которого становится творческое коллективное развитие предложенных неожиданных точек зрения, развитие от редукционизма к плюрализму, от поверхностного к углубленному видению проблемы. Динамика Б. г. значительно отличается от динамики *психотерапевтической группы*. В частности, для блокирования обычной *групповой динамики* запрещается критика ведущего. Не поощряются высказывания о рассказчике, базирующиеся на ситуациях «там и тогда». Динамический подход в Б. г. позволяет делать предположение о том, что наблюдаемые «здесь и теперь» эмоциональные и поведенческие реакции рассказчика и членов группы соответствуют эмоциональным и поведенческим реакциям самого врача и его пациента в предлагаемой для обсуждения ситуации. Именно наблюдаемые реакции могут анализироваться достаточно глубоко и многосторонне. В конце обсуждения ведущий предоставляет слово рассказчику для *обратной связи*. Задачей Б. г. является не создание некоего конечного продукта, абсолютно истинного видения предложенной ситуации, а расширение сознания участников группы и стимуляция самопознания.

А. А. Александров и др. (1990) описывают использование Б. г. для подготовки *групповых*

*психотерапевтов*. В целом Б. г. в области подготовки групповых психотерапевтов направлена на анализ трудных случаев, содержание которых более разнообразно по сравнению с *индивидуальной психотерапией*, поскольку характеризуется более многочисленными и многомерными переменными. Важная проблема Б. г. в области *групповой психотерапии*, по словам авторов, заключается в выработке приемов компактного, структурированного и достаточно содержательного изложения исходных данных о конкретном случае. Даже в классической Б. г. рассказ о трудном случае получается весьма насыщенным информационно, многосторонним, трудносистематизируемым, избыточным по объему. Для групповой психотерапии, в силу большей сложности психотерапевтического процесса, эта задача оказывается еще более трудной. Здесь весьма полезны могут быть вспомогательные материалы и методы: представление стенограммы хотя бы одного группового занятия (магнитофонной или видеозаписи); реконструирование социометрических срезов группы; распределение психотерапевтом, предъявляющим для обсуждения сложный случай, ролей членов анализируемой группы между участниками обсуждения (включая и себя) с предложением «сценария» какого-либо важного эпизода; психодраматическое проигрывание этого эпизода. Основной акцент в дискуссии делается на различных аспектах взаимодействия и взаимоотношений психотерапевта в меняющейся групповой ситуации (с отдельным пациентом, группой в целом или одной из ее подгрупп). Такое обсуждение, будучи эмоционально значимым для психотерапевта, дает ему возможность воспользоваться обратной связью в качестве корректирующей. Эта обратная связь первого порядка (от членов группы к докладчику) может быть дополнена обратной связью второго порядка (от докладчика к участникам обсуждения), предоставляющей всем членам группы информацию об эффективности их корректирующей деятельности.

**БАЛИНТОВСКОЕ ДВИЖЕНИЕ.** Распространение опыта *Балинта* (Balint M., 1957), созданного им метода (см. *Балинтовская группа*) и его вариантов. С 1960-х гг. опыт работы балинтовских семинаров в клинике Тависток (Лондон) привлекает к себе внимание многочисленных исследователей и практиков, сторонников психосоматической ориентации, пациент-центрированной медицины. Во многих странах начали создаваться семинары по типу тавистокских. Первоначально балинтовские группы были ориентированы в основном на врачей общесоматической практики и ставили перед собой исследовательские и обучающие (тренинговые) задачи, делая упор на отношения «врач—больной». Впоследствии на первый план выступила обучающая и повышающая квалификацию цель. Сам Балинт проводил семинары со студентами-медиками и ассистентами врачей, для того чтобы сориентировать их на «пациент-центрированную» медицину, противопоставляя ей «болезне-центрированную». В дальнейшем этот опыт распространился и на подготовку психотерапевтов и касался преимущественно *индивидуальной психотерапии*. Однако имеются попытки использования балинтовских групп в процессе подготовки специалистов и в области *групповой психотерапии*. В частности, опубликован опыт работы такой группы в Институте им. В. М. Бехтерева (Санкт-Петербург), расширяющий традиционные представления об этом методе (Бараш Б. А. и др., 1988). В 1970-е гг. стали проводиться балинтовские группы, интенсивно работающие в течение нескольких дней (например, Балинтовские недели в Силс-Мария, семинары в Дивонне, Геттингене, Балинтовские встречи в Асконе (*Любан-Плоцца* (Luban-Plozza B.) и др.). На таких встречах обычно фактически работающие малые группы наблюдаются значительным количеством обучающихся, что позволяет привлечь большее число врачей к идеям «пациент-центрированной» медицины. На сегодняшний день есть Британское Балинтовское общество и Балинтовская премия. Б. д. вышло за пределы Европы и успешно развивается в Японии, Индии и других странах.

Метод Балинта оказался полезным не только для повышения квалификации врачей, но и для обучения и развития медицинского персонала. Более того, существуют варианты балинтовских групп для учителей, социальных работников, семейных консультантов, юристов и представителей других профессий, основанных на взаимодействии с человеком. Это вызвано, с одной стороны, растущей потребностью в помощи при анализе отношений, складывающихся в диаде «специалист—клиент», и с другой — адекватностью метода для этих целей.

**БЕК** Аарон (Beck A. T., род. в 1921 г.). Основатель *когнитивной психотерапии*, одной из наиболее влиятельных и эмпирически валидизированных форм психотерапии на сегодняшний день. Б. внес большой вклад в современную психиатрию и психологию, так как предложенная им психотерапия

оказалась эффективной в лечении депрессии и тревоги. На самом деле его модель была применена в лечении многих нарушений, включая личностные расстройства, алкогольные и другие зависимости, супружеские и семейные дисгармонии, суициды, панические атаки, шизофрению и биполярные аффективные расстройства.

Б. родился в Провиденсе, штат Родайленд, США, но его родители эмигрировали в Соединенные Штаты Америки с Украины. В детстве у него были академические успехи, но вместе с тем и сложности, включая угрожающую жизни травму и связанное с ней заболевание. На протяжении жизни ему неоднократно приходилось преодолевать различные страхи, к примеру: страх травмы с кровотечением, страх задохнуться, туннельную фобию, тревогу по поводу своего здоровья, страх публичных выступлений. В начале своей карьеры у него также был легкий депрессивный эпизод. Но он сумел использовать свой личный опыт для того, чтобы понять чувства других людей и внести вклад в теорию и практику психотерапии. Процесс, при помощи которого он осуществлял наблюдения, генерализации, проверки (тестирование) теорий, объединяющей теории и ее обоснование, берет свое начало в собственных способностях к самонаблюдению.

После окончания Университета Браун и Йельской медицинской школы Б. начал свою карьеру в медицине. Изначально его привлекла неврология, но во время резидентуры он перешел в психиатрию. Неудовлетворенность *психоанализом* угнетала Б., несмотря на попытки принять его предпосылки, недостатки, конкретности и точности. Во время исследований по валидации теории депрессии *Фрейда* (Freud S.) Б. начал задаваться вопросами относительно самой этой теории и создал свою собственную. Его исследование снов депрессивных пациентов не выявило направленного на себя гнева или злости, как полагал Фрейд, а скорее темы утраты, поражения и депривации. Эти находки повторились в дальнейших экспериментах по реагированию депрессивных пациентов на успех или провал в выполнении экспериментальных задач и отчетах о потоке сознания депрессивных пациентов в частной практике Б.

С точки зрения Б., мотивационная модель Фрейда не выдержала испытания проверкой. Вместо поиска бессознательной мотивации Б. объяснял возникновение потока мыслей и снов исходя из концепции самости. При депрессии индивид видит себя неудачником, мир — карающим, а будущее — бледным и даже безнадежным. При депрессии, как и при других синдромах, когниции полны ошибок, называемых в логике «когнитивными искажениями». Это означает, что позитивная или нейтральная информация из окружающего мира искажается или модифицируется таким образом, чтобы соответствовать индивидуальному состоянию ума в текущий момент. Происходит фиксация на ошибках или их преувеличение, позитивная информация минимизируется или игнорируется, нейтральная информация интерпретируется в самом неблагоприятном свете и т. д. Мышление депрессивного индивида становится настолько ригидным и абсолютистским, что эти искажения проходят без коррекции и негативные мысли становятся все более выраженными и правдоподобными. Негативные мысли отражают дисфункциональные *убеждения* и предположения, которые были запущены соответствующими жизненными событиями, и приводят в движение депрессивную программу. Когнитивная модель депрессии не противоречит биохимической: они отражают различные уровни анализа. Независимо от ее «причин», депрессия характеризуется одними и теми же когнитивными процессами. Может быть биологическая уязвимость по отношению к депрессии, а может быть и когнитивная уязвимость. Более того, лечение, сфокусированное на этих когнитивных процессах, зарекомендовало себя как высокоэффективное. Было показано, что когнитивная психотерапия является такой же эффективной, как и фармакотерапия при лечении монополярной депрессии. Кроме того, было установлено, что когнитивная психотерапия является эффективной и при профилактике рецидивов депрессии. Текущие исследования должны дать ответ на вопрос: может ли когнитивная психотерапия предотвратить манифестацию первого эпизода депрессии в группе риска.

Продолжающиеся исследования в области психопатологии и использовании когнитивной терапии обеспечили Б. выдающееся место в научном сообществе Соединенных Штатов Америки. Им написаны сотни научных статей и теоретических глав, равно как и несколько книг. Он разработал оценочные шкалы для депрессии, риска суицида, для исследования личности. Б. получил награды и почести от академических учреждений и профессиональных организаций всего мира, включая Американскую психиатрическую ассоциацию, Американскую психологическую ассоциацию и

Королевский психиатрический колледж (в Великобритании). Он остается плодотворным автором и исследователем. Его работа в настоящее время финансируется Национальным институтом психического здоровья, что подчеркивает ее значение.

Б. является почетным профессором психиатрии Пенсильванского университета, где он долгое время работал, основателем Института Бека, являющегося научным и учебным центром, возглавляемым одним из его 4 детей, Д. Бек (Beck J.). Институт Бека является одним из многих центров по обучению когнитивных психотерапевтов и для подготовки исследователей. Б. возглавляет обучение сотен клиницистов когнитивной психотерапии. В свою очередь, они создали свои собственные центры по когнитивной психотерапии. Б. продолжает быть значимой фигурой и выразительным голосом в современной психотерапии.

**БЕРН** Эрик (Berne E., 1902-1970). Известный американский психотерапевт и теоретик психоаналитического направления. Занимался частной практикой в Кармеле (Калифорния), был консультантом по вопросам *групповой психотерапии* в нескольких учреждениях Сан-Франциско, читал лекции в Калифорнийском университете. Основатель *транзактного анализа* — метода групповой психотерапии, основанного на представлении о том, что структура человеческой психики складывается из трех состояний «Я»: «Родитель» (система ценностей), «Взрослый» (рациональное мышление, логика), «Ребенок» (эмоции). Б. полагал, что каждый человек имеет свой жизненный сценарий, модель которого намечается в ранние детские годы. Самая известная из его книг — «Игры, в которые играют люди» — вышла в 1964 г. и стала бестселлером, была переведена на многие иностранные языки, в том числе и на русский (1988 г.), переиздавалась десятки раз.

**БЕХТЕРЕВ** Владимир Михайлович (1857-1927). Выдающийся отечественный невропатолог, психиатр, физиолог. Родился в Вятской губернии в семье деревенского полицейского. Когда Б. исполнилось 8 лет, умер отец. Мать прививала ребенку любовь к музыке, учила французскому языку. Юный Б. рано обнаружил интерес к книгам, пользовался библиотекой, открытой ссыльным А. И. Герценом. В 16 лет Б. поступил в Медико-хирургическую академию в Санкт-Петербурге. Сразу после поступления его госпитализировали в психиатрическую клинику с диагнозом «меланхолия». Лечащий врач Б. И. А. Сикорский, ставший впоследствии профессором кафедры психиатрии Киевского университета, пробудил у Б. интерес к психиатрии. После третьего курса в составе санитарного отряда Б. отбыл на войну в Болгарию. Вернувшись, успешно закончил два последних курса и остался на кафедре психиатрии для подготовки к профессоруре под руководством И. П. Мержеевского.

В 1881 г. Б. защитил диссертацию на тему «Опыт клинического исследования температуры тела при некоторых формах душевных болезней». К 1884 г., перед командировкой в Германию, опубликовал более 50 научных работ. В Лейпцигской психиатрической клинике Б. изучал анатомию нервной системы. В 1884 г. работал в парижском госпитале Сальпетриер у Шарко (Charcot J. M.), овладел методом гипнотического воздействия и стал пропагандировать *гипноз* как лечебный метод.

По возвращении в Россию Б. добивался снятия официального запрета на применение гипноза, поскольку считалось, что спящий «находится в рабском подчинении у гипнотизера». Врачебное использование гипноза было также стеснено рядом требований, в частности присутствием второго врача. В 26-летнем возрасте по рекомендации И. П. Мержеевского и И. М. Балинского возглавил кафедру психиатрии Казанского университета. В Казани Б. открыл психологическую лабораторию, учредил Общество невропатологов и психиатров, основал психиатрическую клинику, начал издавать журнал «Неврологический вестник».

В 1893 г. Б. возглавил кафедру нервных и душевных болезней Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге. В 1905 г. Советом профессоров Б. был избран на непродолжительное время начальником Военно-медицинской академии. За книгу «Проводящие пути головного и спинного мозга» (1896-1898) Б. удостоен Золотой медали Российской академии наук. В 1899 г. избран академиком Военно-медицинской академии. Один из немецких ученых сказал: «Знают прекрасно устройство мозга только двое: Бог и Бехтерев». В 1903-1907 гг. Б. издал семитомник «Основы учения о функциях мозга». В 1908 г. им основан Психоневрологический институт, носящий в настоящее время его имя.

Его исследования включали также проблемы психической жизни общества, роль *внушения* в общественных процессах, объективные методы изучения нервно-психического развития детей. В 1907-1911 гг. издана «Объективная психология», в 1908 г. — «Внушение и его роль в общественной жизни»,

где оно рассматривалось как фактор «глубокого значения как в повседневной жизни отдельных лиц, так и в социальной жизни народов». В 1911 г. Б. издал книгу «Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение». В 1918 г. им основан Институт по изучению мозга, также носивший его имя. Концепция коллективной рефлексологии изложена в работах «Общие основы рефлексологии человека» (1918), «Коллективная рефлексология» (1921), «Мозг и его деятельность» (1928).

**БИАС-ТЕСТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕПРЕЗЕНТАТИВНЫХ СИСТЕМ.** Предпочитаемая человеком репрезентативная система — это та система, которой он чаще всего воспринимает информацию о мире. Одним из методов определения репрезентативных систем является БИАС-тест, описанный в 1982 г. (*Льюис (Lewis V. A.), Пуцелик (Pucelik F.)*).

В каждом следующем утверждении поставьте цифру 4 рядом с фразой, лучше всего описывающей вас, и цифру 1 рядом с фразой, которая вам не подходит. Прделайте это с каждым из 5 блоков утверждений.

Например:

I. Когда я принимаю важные решения, то основываюсь на:

- своих эмоциях, чувствах (3)
- том, как, я слышал, решаются подобные вопросы (1)
- том решении проблемы, которое кажется мне наилучшим (2)
- тщательном изучении проблемы и фактов (4)

II. Когда я обсуждаю что-либо с другими людьми, то замечаю, что на меня больше всего действует:

- интонация речи, голос собеседника (2)
- те картины, перспективы, которые описывает мой собеседник (1)
- логика доказательств собеседника (4)
- соприкасаюсь ли я с искренними чувствами собеседника (3)

III. Мне гораздо легче общаться с людьми, если мне нравится в партнере:

- его манера одеваться (1)
- его эмоциональность, чувства, которые я разделяю (4)
- аргументы, которые он использует для доказательства своих суждений и которые я тоже использую в разговоре (2)

— интонация, темп речи, тональность голоса (3)

IV. Из нижеперечисленного мне легче всего:

- найти идеальную для меня громкость звучания магнитофона, телевизора (3)
- подобрать наиболее разумные, убедительные аргументы, относящиеся к интересующему меня предмету (4)

— выбрать наиболее удобную мебель (1)

— подобрать для одежды, интерьера и др. богатые цветовые комбинации (2)

V. Что больше всего влияет на мое настроение, самочувствие:

- я очень чувствителен к окружающим меня звукам, шумам, интонации голосов людей (2)
- чувствую себя «в своей тарелке», когда надо доказать правильность какого-либо положения, выяснить причину какого-либо события, построить цепь логических умозаключений (3)
- я очень чувствителен к тому, насколько удобна моя одежда, приятно ли мне в ней находиться, двигаться и др. (4)

— на меня производит сильное впечатление освещение и общий вид обстановки, помещения (1)

Подсчет результатов БИАС-теста Условные обозначения: В — визуальный, К — кинестетический, А — аудиальный, Д — цифровой (дигитальный).

Первый этап. Перенесите ответы на бланк.

I.		IV.	
3	К	3	А
1	А	4	Д
2	В	1	К
4	Д	2	В
II.		V.	

2	А	2	А
1	В	3	Д
4	Д	4	К
3	К	1	В

III.

1	В
4	К
2	Д
3	А

Второй этап. Добавьте номер, сочетающийся с каждой буквой. В итоге окажется пять вариантов для каждой буквы.

	В	К	А	Д
1	2	3	1	4
2	1	3	2	4
3	1	4	3	2
4	2	1	3	4
5	1	4	2	3
Итого	7	15	11	17
	В	К	А	Д

Третий этап. Сравните общий счет, и это даст относительное преобладание (иерархию) каждой репрезентативной системы.

В нашем примере имеет место преобладание цифровой системы и недостаток визуальной.

Результат используется в *нейролингвистическом программировании* для подключения к ведущей системе пациента; может учитываться при формировании *психотерапевтических групп* и индукции гипнотического транса. При проведении психотерапии методические приемы определяются также с учетом ведущей репрезентативной системы. Так, например, приемы *гештальт-терапии* предпочтительнее, если ведущей является кинестетическая система.

**БИБЛИОТЕРАПИЯ.** Чаще всего под Б. понимают лечебное воздействие на психику больного человека при помощи чтения книг. Лечение чтением (так называемая Б.) входит как одно из звеньев в систему психотерапии. Методика Б. представляет собой сложное сочетание книговедения, психологии и психотерапии — так определял Б. В. Н. Мясищев.

Хотя начало использования чтения книг с лечебной целью относится к прошлому веку (Дядьковский И. Е., 1836, и др.), термин Б. начал употребляться в 1920-е гг. нашего столетия в США. Определение, принятое Ассоциацией больничных библиотек США, гласит, что Б. — это «использование специально отобранного для чтения материала как терапевтического средства в общей медицине и психиатрии с целью решения личных проблем при помощи направленного чтения». Выделяют (Миллер А. М., 1974) три основных направления разработки проблем Б.:

1. Библиоведческое направление. С точки зрения его сторонников, библиотека для больных должна быть только фактором, отвлекающим от мыслей о болезни, помогающим переносить физические страдания, но не ставить перед собой целей руководства чтением конкретного читателя или однородных читательских групп. Книжные фонды библиотек обычно универсальны, а значительная их часть — беллетристика, которая повсеместно именуется легким чтением. Подготовка библиотекарей не включает каких-либо дисциплин, учитывающих специфику работы с больными. Библиотека не имеет отношения к лечебному процессу, а является частью больничного обслуживания. Около 80% работ зарубежных ученых относятся к этому направлению.

2. Сторонники второй точки зрения — главным образом в Германии — считают, что Б. является компонентом психотерапии больных неврозами и некоторой части психически больных. Она производится только врачом-психотерапевтом или психиатром без участия библиотекаря.

3. Представители третьего направления, наиболее перспективного, считают, что Б. является вспомогательной, а в ряде случаев и равноправной частью лечебного процесса при неврозах и соматических заболеваниях. Она требует участия врача-психотерапевта и специально обученного

библиотекаря. Этого направления придерживаются врачи и библиотечные работники в нашей стране.

Поскольку в Б. используются обычно художественные произведения, она относится к методам эстетотерапии (Кузнецов О. Н., 1995). Подбирая книги, врач руководствуется различными принципами: в одном случае это книги, адекватные основным группам заболеваний, с учетом их нозологии; в другом выбор обусловлен психотерапевтическим воздействием произведения — преимущественно седативным, стимулирующим и т. д.; в третьем — выбираются книги, соответствующие характеру психотравмирующей ситуации. В то же время функцией Б. может являться представление дополнительного материала для дискуссии в процессе *групповой психотерапии*. Групповая Б., по мнению Кондаша (Kondas O., 1966), «может стать мостом к систематической групповой психотерапии».

Рекомендуя больному книги в библиотерапевтических целях (Миллер А.М., 1975), следует учитывать 3 принципа: 1) степень доступности изложения (или степень сложности предлагаемой книги); 2) герой книги должен быть больному «по плечу»; 3) максимальное сходство ситуаций в книге и ситуации, в которой находится больной. Учет последнего принципа особенно важен при Б. неврозов, где основным в патогенезе заболевания является психологический конфликт личностного характера.

В ходе Б. больной ведет читательский дневник. Анализ дневниковых записей нередко раскрывает процесс субъективной *интерпретации* художественных произведений, основанный на восприятии как активной «пристрастной» (Леонтьев А. Н., 1975) деятельности, и может использоваться в диагностических целях для объективной оценки процесса и эффективности психотерапии.

Б. может применяться в индивидуальной и групповой форме. При индивидуальной Б. чтение пациентом книг осуществляется по составленному библиотерапевтом плану с последующим разбором прочитанного. При групповой Б., кроме требований, которые учитываются при создании любой *психотерапевтической группы*, необходим еще подбор членов группы по степени начитанности и читательским интересам. Наиболее приемлемым является проведение Б. в группе из 5-8 пациентов. Подбираются небольшие по объему произведения, которые читаются во время группового занятия. Возникает дискуссия, в результате которой четко вырисовывается структура межличностных отношений в группе, определяется отношение членов группы к чтению художественной литературы, у малочитающих пробуждается интерес к чтению. Беседы записываются на магнитофон и анализируются психотерапевтом, ведущим группу.

Б., как и руководство чтением вообще, — процесс также лечебно-педагогический или психагогический (см. *Психагогика*). Этим последним термином обозначают психотерапию через перевоспитание.

**БИНСВАНГЕР** Людвиг (Binswanger L, 1881-1966). Швейцарский психиатр, основатель школы экзистенциального *психоанализа*, получившего название *дазайнализа* (Daseinanalyse), опирающегося на философию Хайдеггера (Heidegger M.), в которой существенное место отводится описанию структуры человеческого существования как Dasein, или бытия в мире (da на немецком языке означает «здесь», а sein — «бытие»).

Б. родился в Швейцарии, учился в университетах Лозанны и Гейдельберга. В 1907 г. получил медицинскую ученую степень в университете в Цюрихе, работая у *Юнга* (Jung C. G.). Позже при содействии Блейлера (Bleuler E.) он закончил интернатуру по психиатрии. В 1911 г. Б. сменил своего отца на посту директора санатория Белльвю в Крейцлингене (Швейцария) и занимал эту должность до 1956 г.

Он сформулировал положения экзистенциального психоанализа в 1930-х гг., когда вышла в свет его работа «Сновидение и бытие» и материалы по исследованию маниакальных состояний. Главная работа Б., «Основные формы и состояния человеческого существования» (1942), содержит полную характеристику системы дазайнализа. Несмотря на различие в философских воззрениях, Б. поддерживал тесные отношения с *Фрейдом* (Freud S.). Одно время по рекомендации последнего он участвовал в работе Венского психоаналитического общества. В группу экзистенциального психоаналитического движения входили психоаналитики, изучившие как фрейдовский, так и юнгианский анализ. Среди них были Шторх (Storch A.), Босс (Boss M.), Балли (Bally G.), Кун (Kuhn R.) в Швейцарии и Ван Ден Берг (Van Den Berg J. H.), Байтендийк (Buytendijk F. J.) в Голландии.

Б. назвал экзистенциальным анализом применение экзистенциальных идей в лечении личностных расстройств с целью реконструкции внутреннего мира людей с психическими



нарушениями.

Как и другие психологи-экзистенциалисты, Б. отрицал позитивизм, детерминизм и материализм. Он считал, что человек несет полную ответственность за собственное существование и волен решать, что он может и чего не может делать. Бытием исчерпывается наше существование. Мы не можем жить отдельно от мира или существовать в мире отдельно от самих себя. Возможен, однако, для нас и выход за пределы этого мира, часто трансцендентальным образом. Это означает, что мы можем реализовать весь потенциал нашего существования. Наша цель в бытии — это аутентичное существование; когда же мы позволяем другим подчинять нас или подчиняемся сами окружению, наше существование становится неаутентичным.

Психические нарушения Б. рассматривал как результат особого представления о мире (world design). Это относится не только к окружающему миру, но и к миру, который включает самого человека и других людей. Невротическая тревога возникает, когда индивидуум полностью погружается в созданный им самим мир, в котором он не разрешает себе быть свободным. Основной процесс дазайнанализа — исследование того, что человек «знает—чувствует—желает». Основная его цель — утверждение свободы человека.

Б. писал о нескольких способах существования. При одномерном способе существования человек живет только для себя. Дуалистический может быть достигнут двумя людьми, любящими друг друга. Плюралистический означает формальные отношения с людьми, конкуренцию и борьбу. Анонимный способ существования описывает человека, затерявшегося в толпе.

Становление также важно для развития человека. Это означает, что человек становится чем-то большим, чем был до того. Поскольку существование изменяется, всегда есть возможность стать чем-то большим и лучшим. Человек, который отказывается от становления, остается статичным. Психические нарушения, невротические или психотические тенденции свойственны людям, которые отказались от роста и становления.

**БИОДИНАМИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ МАССЕРМАНА** (Masserman J. H.). Представляет собой обоснование теории и практики психотерапии на наиболее общих физиологических принципах и тем самым разработку целостного подхода к соматической и психической коррекции с обеспечением органичности их различных сочетаний (1946, 1968).

В основе Б. к. М. лежат 4 принципа, в равной мере применимых как для физиологических, так и для психологических систем.

1. Мотивация — человек, как и любые живые организмы, побуждаем к деятельности своими биологическими потребностями.

2. Интерпретация социальной среды — человек реагирует не на саму действительность, а на свое представление о ней. Последнее включает и представление о себе, своих возможностях, потребностях и т. д.

3. Адаптация — решающее значение для индивида имеет достижение или недостижение его целей, связанных с удовлетворением потребностей. Если цель недостижима или достигается частично, он либо изменяет стратегию и тактику своих действий, либо частично или полностью заменяет цель иной.

4. Конфликт и страх — если между различными линиями поведения, направленными на удовлетворение потребностей, возникает противоречие, неразрешимое имеющимися у индивида средствами, появляется напряжение и страх. Поведение становится амбивалентным и деструктивным.

На указанных принципах строится общая стратегия коррекции, дающая, по мысли автора, возможность эффективно использовать все многообразие средств и методов современной психотерапии. Для решения первой задачи усилия психотерапевта направляются на выявление «концепции действительности», на которую ориентируется индивид и в силу которой неадекватное поведение представляется единственно возможным и рациональным. Это достигается с помощью двух совокупностей методов: общих (неспецифических) — расширяющих ориентационные возможности, и частных (специфических) — узконацеленных на выявление неадекватности «концепции действительности». Вторая задача коррекции — это выявление причин напряжения и страха и обоснование необходимости изменения «концепции действительности», лежащей в основе нарушения. Третья задача — помощь в поиске адекватной «концепции действительности». Здесь речь идет о

системе общеукрепляющих мер, повышающих способность к обнаружению такой концепции, а также о специфической, узкопсихотерапевтической помощи. Мотивация для этой деятельности создается на втором этапе в результате осознания напряжения и страха и их связи с неадекватностью представления о мире.

**БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ** (англ. — biofeedback). В основе этого метода лежит принцип целесообразного саморегулирования произвольных функций с использованием систем внешней обратной связи. Метод Б. о. с. применяется только в тех случаях, когда обеспечивается предъявление информации о состоянии физиологических функций для того же индивида, который генерирует данную физиологическую информацию, является ее источником. В обычных условиях мы не получаем точной количественной информации о состоянии физиологических функций, скажем, частоте пульса или величине артериального давления. Однако с помощью Б. о. с., которая позволяет регистрировать тончайшие изменения физиологических процессов, можно научиться сознательно управлять ими. Методы, основанные на использовании Б. о. с., применяются в различных областях медицины: для управления биоэлектрической активностью мозга у больных эпилепсией, направленного подавления патологических паттернов ЭЭГ; для повышения эффективности восстановительной терапии постинфарктных больных; при лечении различных видов головной боли.

Исходя из многократно подтверждавшейся связи расширения сосудов, относящихся к системе наружной сонной артерии, и усиления напряжения мышц головы и шеи и мигренозной боли, Коэн и др. (Cohen M. et al., 1980) применяли в группах специально отобранных больных мигренью Б. о. с. сужения артерий височной области, согревания пальца — охлаждения лба, уменьшения напряжения мышц лобной области. Каждый пациент получал 24 сеанса тренинга Б. о. с. в течение 8-10 недель по 3 сеанса в неделю. Сеанс состоял из 10-минутного исходного периода отдыха и 20-минутного тренинга. Во всех экспериментах обратная связь осуществлялась с помощью тока, подаваемого через громкоговоритель, помещенный рядом с головой пациента. Задачей пациентов при появлении тона-сигнала было снижать силу тока, что соответствовало снижению амплитуды электромиограммы, и повышать силу тока, соответствующую увеличению разницы температур пальца и лба; желаемый дифференциал — более теплый палец сравнительно со лбом (тот же косвенно определяющийся эффект вазоконстрикции внечерепных артерий); при Б. о. с. тонуса черепных артерий пациентов просили снижать силу тока, что соответствовало повышению сосудистого тонуса.

Анализ этой тщательно выполненной работы показал: 1) прямые физиологические изменения исследовавшихся систем не коррелируют с терапевтическим результатом, к тому же достаточно скромным; 2) не имеет значения метод Б. о. с. (черепные артерии, электромиограмма, температура). Поэтому механизмы терапевтического эффекта следует искать не только в изменениях, касающихся физиологических систем.

Вероятные объяснения таковы: 1) эффект плацебо благодаря участию пациентов в эксперименте (составление ими специальных диаграмм) и вниманию к ним со стороны исследователей; 2) регрессия «к середине», так как пациенты ищут помощи в тот момент, когда им особенно плохо; 3) эффект общей релаксации; 4) познавательный эффект от переживания Б. о. с. — возникающее у пациента представление о собственном контроле над физиологической системой.

Последний пункт особенно интересен. Пациенты утверждают, что Б. о. с. учит их навыкам *самоконтроля*, которого, по их мнению, у них никогда раньше не было. Поэтому не степень физиологического изменения выступает в качестве критической величины, а степень веры пациента в свои возможности осуществлять контроль. Если это так, то этот эффект можно учитывать при попытках оптимизации терапевтического результата.

О необходимости учета при использовании методики Б. о. с. психологических факторов (повышение самооценки пациента, *самовнушение*, плацебо-эффект и др.) свидетельствуют также данные отечественных авторов. Н. Л. Артемчук, Л. Н. Лежепекова (1977) показали, что у наблюдаемых ими больных клиническое улучшение отмечалось и при отсутствии существенных изменений в изучавшихся физиологических системах.

В литературе последних лет подчеркивается, что Б. о. с. (и соответственно тренинг *релаксации*) следует рассматривать лишь как один из подходов к лечению человека в целом и применять в сочетании с другими медицинскими и психотерапевтическими методами. «Излечение» от гипертонии,

скорее всего, потребует чего-то большего, чем сознательная попытка пациента снизить у себя кровяное давление. Понизить артериальное давление (или прекратить боль) — не значит изменить жизненные обстоятельства, которые сформировали стереотипизированную реакцию. Ставится также под сомнение, сможет ли или даже захочет ли пациент управлять своими телесными функциями в лихорадочном, быстро меняющемся окружении вне лаборатории и клиники.

**БИОПСИХОТЕРАПИЯ ПО КОНСТОРУМУ.** Сочетанное применение биологических и психотерапевтических воздействий, методика которого разрабатывалась отечественным психотерапевтом С. И. Консторумом (1890-1950). Результаты его научной и практической деятельности изложены в труде «Опыт практической психотерапии», оставшемся незавершенным ввиду смерти автора. Книга вышла в свет в 1959 г. Основной психотерапевтический подход, применявшийся С. И. Консторумом, был назван им активирующей психотерапией, под которой понималась совокупность мероприятий, направленных на устранение болезненных явлений путем апелляции к активной деятельности самого больного. Активирующая психотерапия имела своей целью перестройку «инадекватно переживающей и реагирующей психики» не только и не столько путем словесного обращения к интеллекту и эмоциям больного, т. е. его мироощущению и мировоззрению, сколько через изменение и корригирование его «мироотношения».

При Б. п. К. речь идет не просто о одновременном использовании факторов двух рядов, как то, конечно, имеет место на каждом шагу в нашей практике, а о слитности и взаимодействии биологических и психотерапевтических методов. Элементарным видом такого рода терапии автор считал *наркогипноз*, при котором биологическое воздействие облегчает применение суггестии. С. И. Консторум полагал, что существуют две возможности реализации биопсихотерапии.

В первом случае это попытки непосредственно, т. е. биологически, воздействовать на нервную систему, вызвать известный сдвиг в ней, с тем чтобы этот сдвиг мог быть в дальнейшем использован и психотерапевтически. Таков метод, предложенный в свое время В. А. Гиляровским для лечения посткоммоционных и постконтузионных расстройств. С этой целью применялись внутривенные введения алкоголя, короткий эфирный наркоз, в дальнейшем использовался амитал-натрий, пентотал и др. Во втором случае на фоне растормаживания пациента алкоголем, эфиром, амитал-натрием с кофеином и др. проводится психотерапия. Этот подход, в частности, реализуется в *наркоанализе*. С. И. Консторум же предполагал использование других, не психоаналитических, психотерапевтических методик, прежде всего активирующей психотерапии после применения указанных средств.

Б. п. К. применялась автором при лечении больных шизофренией, пациентов с функциональными расстройствами в период отдаленных последствий закрытых травм черепа. С. И. Консторум считал, что в стадии острого процесса при шизофрении необходима только активная биологическая терапия, в стадии выхода из процесса и в дальнейшем целесообразна психотерапия в широком смысле и, конечно, активирующая психотерапия. Сущность психотерапии при шизофрении он видел в мобилизации тех резервных функций организма, которые часто не нарушены, а лишь временно заторможены, в стимулировании больных в процессе трудовой терапии и путем трудоустройства. Пациентам с явлениями агорафобии рекомендовался прием лекарств перед тренировочным выходом на улицу (например, бром с кофеином). Успех тренировки потенцировался психотерапевтически (суггестивно или иным путем). Больным с церебрально-функциональными нервно-психическими нарушениями после контузий и коммоций назначался короткий неглубокий эфирный наркоз, пентотал внутривенно или амиталовый наркоз, для того чтобы «добиться биологического переключения и сдвига, главным образом в отношении нейросоматической симптоматики». Малейший, хотя бы и самый поверхностный и кратковременный эффект использовался и разрабатывался психотерапевтически. Концепция С. И. Консторума заключается не просто в комбинации психотерапии с теми или иными лекарственными или физиотерапевтическими назначениями — автор настаивал на «единстве, слитности физиологического и психологического воздействия, при котором первое подталкивается вторым, второе — первым». Психотерапия включала разъяснение нестойкого, обратимого характера расстройств, той роли, какую в ходе лечения играет целенаправленность, воля к здоровью, сочетание *суггестивной психотерапии* с разъяснением. В дальнейшем психотерапия должна была опираться на трудовую терапию. В биопсихотерапии, однако, С. И. Консторум главенствующую роль отводил большой, активирующей, психотерапии.

См. также *Наркоанализ (наркосинтез)*.

**БИОЭНЕРГЕТИКА.** В психотерапии термином Б. обозначается группа разнообразных психотерапевтических подходов, школ самосовершенствования и целительства, предполагающих наличие особой энергетической субстанции — биологической энергии. В биоэнергетических концепциях психотерапии психологическая проблематика объясняется различными нарушениями энергетического обмена организма — концентрацией, недостатком или перераспределением, перемещением энергии и т. п.

Часть биоэнергетических подходов относится к *альтернативной психотерапии*. Все биоэнергетические концепции можно представить в виде двух основных направлений.

Первое направление Б. включает современные разработки концепции Райха (Reich W.). В представлении авторов этих концепций Б., «биоэлектрический океан» энергетического обмена человеческого тела, представляет собой свободный поток биоэнергии, который охватывает весь организм. Биоэнергия влияет и на психологические функции, в том числе на мышление, чувства и движения. Все, что нарушает свободный ток энергии, воздействует на чувства удовольствия и целостности. Больные неврозами, согласно Лоуэну (Lowen A.), не справляются с возбуждением и плохо руководят телом, испытывая удовольствие или боль. Стараясь овладеть возбуждением с помощью мышечных зажимов и *психологической защиты*, они расходуют большую часть своей биоэнергии. Примером такой попытки сдерживания возбуждения может быть реакция человека на обиду. Человек стискивает зубы, приостанавливает дыхание, напрягает мышцы живота и шеи, чтобы не расплакаться, а психологическая защита не позволяет осознать сам факт обиды. Запасы биоэнергии ограничены, ее накопление связано с пищей, водой, кислородом. Объяснительные схемы Лоуэна распространяются и на личностные особенности, которые отражаются в позе, движениях, жестах и типе телосложения. В связи с этим правомерно использование анатомических характеристик для описания особенностей личности и жизненного стиля, например: «сгибающиеся под бременем ответственности», «бесхребетные» и т. п.

Терапевтический эффект в рамках этих представлений обусловлен нормализацией процесса биоэнергетического обмена. Так, при лечении депрессии предлагаются приемы, направленные на повышение энергетического уровня; при истерических проявлениях — на освобождение энергетических каналов. Терапевтические средства в системе Лоуэна различны. В дополнение к индивидуальной и *групповой психотерапии* активно используются такие приемы, как напряженные позы тела, активные двигательные упражнения, дыхательная гимнастика, различные варианты физического контакта членов терапевтической группы и др.

Еще одним вариантом первого направления Б. является «корневое напряжение», разработанное учеником Райха Келли (Kelley Ch.). Проводится *тренинг* в группах, используются различные групповые приемы, в том числе методики, ориентированные на работу с телом. Основное внимание уделяется освобождению от мышечной брони, что дает выход сдерживаемым с детства чувствам страха, гнева, боли, стыда, печали и др. По мере проработки и принятия этих негативных чувств пациент вновь открывает в себе способность получать удовольствие, доверять и любить.

Указанные направления Б., сочетающие психоаналитические, гуманистические концепции психотерапии и приемы, ориентированные на использование физических упражнений, с включением определенной доли мистицизма, заслуживают, однако, внимания, поскольку в практическом плане привели к совершенствованию методик, направленных на работу с телом. Эти подходы способствуют высвобождению эмоций и повышают эффективность работы *психотерапевтической группы*.

Ко второму направлению Б. можно отнести методы, ориентированные на использование эзотерических представлений о психике. В основу их положены идеи о некой мистической природной биоэнергии. Число этих подходов чрезвычайно велико. В теоретическом обосновании биоэнергетического воздействия используются идеи буддизма, *йоги*, магия и мистика. В настоящее время активно распространяются идеи экстрасенсорного воздействия, передачи космической энергии, коррекции астрального и ментального тела человека, очищения чакр, воздействия черной и белой магии, биоэнергетического влияния специально заряженных амулетов, талисманов, воды, пищи и пр. Научного обоснования эти концепции не имеют. Терапия, как правило, проводится целителем или группой целителей, которые используют эффект *внушения* и веру в сверхъестественное.

Распространение этого направления Б., чаще среди недостаточно образованных людей, обусловлено в нашей стране повышением «магического настроя» населения в связи с резким изменением социально-экономического уклада общества.

См. также *Альтернативная психотерапия, Биоэнергетический анализ Лоуэна, Телесно-ориентированная психотерапия.*

**БИОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛОУЭНА.** Основное внимание в этой психотерапии уделяется исследованию функций тела в их отношении к психике. Лоуэн (Lowen A.) родился в Нью-Йорке, был учеником Райха (Reich W.), оказавшего на него сильное влияние. *Биоэнергетика* берет свое начало в предложенной Райхом системе органотерапии, которой Лоуэн занимался в 1945-1953 гг., и непосредственно связана с ней. В 1953 г. он стал одним из основателей Института биоэнергетического анализа. На протяжении ряда лет Лоуэн руководил семинарами в Эсалене (Калифорния), читал лекции, вел группы и семинары в Америке и Европе. Он является автором нескольких книг, наиболее известная из них — «Биоэнергетика».

По мнению Лоуэна, личность и характер отражаются в физическом строении, неврозы проявляются в телесном облике — в строении тела и движениях. Предпосылкой Б. а. Л. является положение о том, что ощущения, которые испытывает человек от собственного тела и которые проявляются в движениях, служат ключом к пониманию эмоционального состояния. Движение рассматривается с точки зрения основных физических законов, т. е. для него необходимо высвобождение энергии, при котором действие равно противодействию, вся энергия взаимозаменяема и может быть приведена к общему знаменателю. Единая энергия, заключенная в теле, проявляется и в психических феноменах, и в движениях; эта энергия и есть биоэнергия. Теоретически биоэнергетическая терапия структурирована в соответствии с представлениями о существовании телесных аналогов трехкомпонентной структуры сознания (Оно, «Я», Сверх-Я). Ее целью является воссоединение сознания и тела, для чего необходимо избавиться от помех, препятствующих спонтанному освобождению тела от напряжения.

Система психотерапии, предложенная Лоуэном, способствует освобождению тела от напряжения, появляющегося в результате его неправильного положения. По мнению автора, закрепощенность тела препятствует свободной циркуляции энергии. В основе биоэнергетической концепции лежит утверждение, что люди являются в первую очередь телами, хранящими в себе напряжение и освобождающимися от него. Здоровый человек связан с землей («заземлен») и получает удовольствие от жизни. В больном организме не происходит свободной циркуляции энергии, чему препятствует телесная ригидность, которая проявляется в виде мускульной зажатости и образует зоны напряжения в теле. Терапия обеспечивает снятие напряжения с помощью физических упражнений и определенных поз, которые должен принимать пациент, направленных на разблокирование этих зон. Пациента могут попросить кричать и размахивать руками, для того чтобы расслабить мускульную броню. Важным элементом биоэнергетической терапии является обучение тому, как стать «заземленным» и слиться с природой.

**БИПОЛЯРНАЯ ТЕРАПИЯ.** Ситуация терапии, с одной стороны, и ситуация реальности медицинского учреждения, в котором больной находится на лечении, вынужденно разъединены и не всегда согласуются. В процессе психотерапии осуществляется *конфронтация* пациента со своими представлениями, фантазиями и устремлениями, подвергаемыми анализу; находясь в клинике, он должен проходить *социальное научение* и взаимодействовать с окружающими больными и медицинским персоналом.

Систематический учет этих двух аспектов известен как концепция Б. т. Она предложена немецким психиатром Энке (Enke H.) как средство сведения в единую систему процессов психотерапии (обычно групповой) и повседневной жизни, когда поведение больного рассматривается в качестве *обратной связи* с психотерапевтическим процессом. Оба полюса обозначаются как «пространство терапии» и «пространство реальности». В то время как в сфере терапевтического пространства господствует аналитическая *интерпретация*, в пространстве реальности поведение больного оценивается вполне реалистически. В терапевтическом пространстве общепринятые социальные нормы могут вербально нарушаться больным, в реальности же действуют положительные и отрицательные санкции как со стороны персонала клиники, так и со стороны окружающих больных. В задачу

психотерапевта входит установление и распознавание взаимодействия между двумя долями с целью интеграции этих процессов, находящихся в параллельном развитии и взаимно дополняющих друг друга: пространство реальности в стационаре делает возможной проработку того, что получено в качестве *инсайта* в пространстве психотерапии.

**БИФОКАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Б. п. является методом параллельной психотерапевтической работы с двумя малыми группами — группой пациентов с различными формами нервно-психических расстройств и группой их родителей (Schindler R., 1960). Таким образом, Б. п. представляет собой промежуточную форму между групповой и *семейной психотерапией*.

Концепция Шиндлера основывается на наблюдении более чем 500 больных шизофренией, посещавших сеансы *групповой психотерапии*. Он пришел к выводу о ранней «институализации» ролевой структуры семей, в которых больные шизофренией фиксированно функционировали в психологически неблагоприятной омега-позиции. Шиндлер выделял в групповой психотерапии 4 позиции: альфа, бета, гамма и омега. Омега-позицию в *психотерапевтической группе*, как показали исследования Шиндлера, в некоторых семьях больных шизофренией занимают участники, имеющие низкий социальный статус вследствие отвержения другими членами группы. Спонтанное изменение ранговой позиции и связанного с ней ролевого поведения в «институализированной» семейной группе в процессе жизненного цикла оказывается невозможным. Приобретение опыта новых социальных ролей может быть достигнуто только в психотерапевтических группах. При Б. п. либо одна команда психотерапевтов параллельно ведет группу больных шизофренией и группу их родственников, либо два психотерапевта порознь ведут эти группы. После каждого занятия они обмениваются информацией и составляют план дальнейшей работы.

В России идеи Шиндлера получили развитие в исследованиях, посвященных реабилитации больных шизофренией (Воловик В. М. и др., 1978; Штыпель А. М., Коцюбинский А. П., 1984) и психотерапии детей с неврозами (Захаров А. И., 1982, 1988; Эйдемиллер Э. Г., Щеголев А. А., 1988).

Было установлено, что без *психологической коррекции* дисфункциональных отношений в родительских семьях эффективность лечения и реабилитации больных шизофренией незначительна, а психотерапия детей и подростков с неврозами вызывала возрастающее *сопротивление* и противодействие со стороны родителей. Семья не может не реагировать на факт заболевания одного из ее членов. Болезнь, как правило, вызывает или усиливает имевшуюся ранее дисгармонию семейных взаимоотношений. Складывающаяся при этом структура связей и взаимных ожиданий членов семьи, определяя социальные позиции больного, может препятствовать процессу реабилитации. Этим определяется целесообразность использования групповых форм работы, в том числе и Б. п.

В. М. Воловиком (1973) были предложены два взаимодополняющих вида групповой психотерапии — «ассоциированная группа», состоящая из больного и членов его семьи, и «родительские собрания», представляющие собой группу из родителей и близких разных пациентов, которая работает параллельно либо с ассоциированной группой, либо с малой психотерапевтической группой больных. Отсутствие на собраниях самих пациентов делало возможным обсуждение широкого круга проблем: понимание болезни у члена семьи, отношение к лечению, оценка состояния больного и его возможностей, обсуждение отношений семьи с внесемейным окружением (чувство стыда за психическую болезнь, сложности трудоустройства, перспективы половой жизни больного и его брачных отношений) и др. Занятия проводились еженедельно в течение 1 часа. Психотерапевты способствовали тому, чтобы группа родителей исследовала актуальные проблемы, а не биографию семьи.

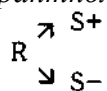
По данным Гуо Шенг-Чанга (Gyo Sheng-Chang, 1994), проводившего семейную и Б.п. больных шизофренией на фоне фармакотерапии, число рецидивов по сравнению с группой больных, получавших только медикаментозное лечение, снизилось почти в 4 раза. При Б. п. детей с неврозами были отмечены сходство личностной проблематики у детей и их родителей — инфантилизм, эмоциональная нестабильность, стремление функционировать в семье в регрессивных ролях жертвы, обиженного ребенка, послушника, а также сходная *групповая динамика*. На этапе зрелой группы психотерапевты часто предлагали участникам двух параллельных групп объединиться в общую группу, что способствует созданию благоприятных условий для коррекции взаимоотношений в системе «родитель—ребенок» в ситуации «здесь и теперь». Определенное сходство с моделью Б. п. имеет метод краткосрочной

групповой психотерапии «Теплые ключи», основанный на попеременной работе двух малых групп в едином временном и пространственном контексте (см. *Методика групповой психотерапии и тренингового обучения «Теплые ключи» Эйдемиллера и Вовка*).

В настоящее время метод Б. п. наиболее распространен в странах Европы. В России параллельное ведение двух групп — детей и родителей — встречается реже (Кулаков С. А. и др., 1994).

**БИХЕВИОРИЗМ.** Направление в психологии, сформировавшееся в начале XX в. и являющееся теоретической основой *поведенческой психотерапии*. Основоположителем Б. является Уотсон (Watson J. B.), который ввел этот термин и опубликовал первую программу Б. Значительное влияние на формирование Б. оказали эксперименты Торндайка (Thorndike E. L.), заложившие основу для его возникновения, а также труды И. П. Павлова и В. М. Бехтерева. Методологическими предпосылками Б. явились принципы философии позитивизма, в соответствии с которыми наука должна описывать только доступное непосредственному наблюдению. Б. во многом развивался в качестве альтернативы интроспективной психологии и исключил из области своего рассмотрения все психологические феномены, не подлежащие строгому научному исследованию, фиксации и измерению. С точки зрения представителей Б., психология должна была стать наукой о поведении, поскольку поведение является единственной психологической реальностью, доступной непосредственному наблюдению и обладающей параметрами, которые можно непосредственно измерить и на которые можно воздействовать. Поведение понимается при этом как совокупность реакций организма на воздействия внешней среды, на набор фиксируемых стимулов. Поведение человека, так же как и поведение животного, описывается жесткой схемой «стимул— реакция» ( $S \rightarrow R$ ), что рассматривается в качестве основной единицы поведения. Все внутренние психологические звенья, все психологические феномены, опосредующие ответные реакции человека, сторонниками ортодоксального Б., по сути, игнорировались как непосредственно не наблюдаемые. Однако в дальнейшем Б. обращается и к этим процессам. Усложнение традиционной бихевиористской схемы «стимул—реакция» за счет введения промежуточных переменных знаменует переход к необихевиоризму, который связан с именами Толмена (Tolman E. C.) и Халла (Hull C. L). Основная формула Б. трансформируется в формулу «стимул — промежуточные переменные — реакция» ( $S \rightarrow r \rightarrow s \rightarrow R$ ). В соответствии с этим стимулы стали обозначаться как независимые переменные, а реакции — как зависимые. Промежуточные переменные (медиаторы, посредники, интервенирующие переменные) — это те психологические образования, которые опосредуют реакции организма на те или иные стимулы. Под промежуточными переменными понимают прежде всего совокупность познавательных и побудительных факторов, действующих между стимулами и ответным поведением.

Центральной проблемой Б. является проблема *научения*. В качестве основной цели поведения выступает адаптация. Будучи психологической основой поведенческой психотерапии и поведенческого направления в медицине, Б. определяет их подход к проблеме здоровья и болезни. Согласно этим представлениям, здоровье и болезнь являются результатом того, чему человек научился и чему не научился в жизни. Невротический симптом рассматривается как неадаптивное поведение, которое сформировалось в результате неправильного научения. В соответствии с этим основная цель поведенческой психотерапии — редукция, устранение симптома, иными словами, замена неадаптивных способов поведения на адаптивные, эталонные, нормативные, правильные, что достигается в процессе научения. Научение в рамках поведенческой психотерапии осуществляется на основании определенных схем, связанных с общими теориями научения, сформулированными Б. Методически поведенческая психотерапия не выходит за пределы традиционной бихевиористской схемы  $S \rightarrow r \rightarrow s \rightarrow R$ . Каждая школа поведенческой психотерапии концентрирует психотерапевтические воздействия на отдельных элементах и комбинациях внутри этой схемы. Так, методы, основанные на *классическом обусловливании*, используют схему  $S \rightarrow R$  (например, *систематическая десенсибилизация*); основанные на *оперантном обусловливании* — схему:



(например, так называемая *жетонная система*). Медиаторное направление концентрирует воздействие на промежуточных переменных в зависимости от того, какие психологические процессы рассматриваются в качестве медиаторов (побудительные, как, например, в *рационально-эмоциональной*

*психотерапии*, или когнитивные, как в *когнитивной психотерапии*) и какие психотерапевтические мишени определяются.

В клинической практике Б. не только является теоретической основой поведенческой психотерапии, но и оказал существенное влияние на развитие такого направления, как *терапия средой*.

## В

**ВЕРБАЛИЗАЦИЯ.** В широком смысле это понятие означает вербальное (словесное) описание переживаний, чувств, мыслей, поведения. В специальной терминологии (Helm J., 1978) В. определяется как точное словесное описание психотерапевтом эмпатического понимания эмоционального содержания переживания пациента.

В. отличается от *эмпатии* более дифференцированной реакцией психотерапевта на высказывания пациентов, в которых лишь намечается эмоциональное или мотивационное содержание, а их значение пока неясно, неизвестно или малоосознаваемо пациентом. Важнейшим аспектом В. является сообщение психотерапевтом пациенту своего эмпатического понимания переживаний и поведения больного доступным последнему языком. Качество и выраженность В. могут быть различными. При высокой степени В. психотерапевт эмпатически очень точно описывает эмоциональные стороны конкретного актуального переживания с позиций внутреннего мира пациента. Он способен различать в высказываниях больных экстернальное (внешнее) и интернальное (внутреннее) содержание. При низкой степени В. психотерапевт не выявляет личностно-эмоциональных аспектов в беседе, предпочитая делать замечания, давать советы и высказываться о внешней стороне проблем больного. Психотерапевту важно уметь выделять из интернального содержания высказывания наиболее существенные проблемные аспекты переживаний, помогать пациенту прояснить их и вербализовать в приемлемой и ясной для него форме. Благодаря такому поведению психотерапевта повышается самоэксплорация больного, под которой следует понимать степень активности, с которой он привносит в беседу свое собственное поведение и личные эмоциональные переживания, свои размышления и выводы. При высокой степени самоэксплорации пациент подробно излагает свои связанные с той или иной проблемой переживания, старается прояснить их и благодаря этому адекватнее понимает себя, других и жизненную ситуацию, а также предпринимает попытки изменить поведение, что способствует редукции невротической симптоматики.

Примерами низкой и высокой степени В. могут служить два следующих ответа психотерапевтов на одно и то же высказывание пациента. Пациент: «Я нахожусь в весьма трудной ситуации; собственно, я хочу разойтись с этой женщиной; когда же я хочу сказать ей об этом, мне становится жаль ее и я не могу этого сделать». Замечание при низкой степени В.: «Наверное, для вас обоих было бы лучше как можно быстрее выяснить отношения». При высокой степени В.: «Вы находитесь в состоянии душевного смятения — намереваетесь уйти, но из-за сострадания и нежелания сделать ей больно вы не можете вести себя как хотите, собираясь сказать ей о желании уйти».

Процесс В. имеет лечебный характер, так как формирование нового понимания у пациента само по себе приводит к изменению в прежней дезадаптивной системе представлений о себе и конфликтной ситуации. В условиях эмпатической коммуникации психотерапевт оказывает помощь пациенту посредством В., последовательно проникая в те сферы переживаний, о которых пациент прежде не мог высказаться. Скованность в эмоциональном реагировании и поведении больных часто проявляется в том, что они с трудом находят слова для выражения своих чувств, импульсов, оценок. Эмпатический подход психотерапевта с В. проблем пациента оказывает терапевтическое влияние не только на *осознание* этих проблем и формирование нового опыта, но и на ослабление дезадаптивной *психологической защиты*. Однако нередко психотерапевт эмпатически тонко понимает переживания больного, но не способен вербально передать это понимание в доступной для пациента форме.

Измерение степени В. осуществляется с помощью специально разработанных тестов, включающих фрагменты высказываний пациентов из *психотерапевтических бесед*. Опыт такого исследования (Ташлыков В. А., Фробург И., 1985) показал обоснованность использования при подготовке психотерапевтов *тренинга* практических навыков В., расширяющих их диапазон и



способствующих гибкости психотерапевтического поведения.

### **ВЕРБАЛЬНЫЕ И НЕВЕРБАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ.**

Основой подобной классификации методов групповой психотерапии является преобладающий тип коммуникации и характер получаемого материала. Вербальные методы базируются на вербальной коммуникации и направлены преимущественно на анализ вербального материала. Невербальные методы опираются на невербальную активность, невербальную коммуникацию и концентрируются на анализе невербальной продукции.

К вербальным методам *групповой психотерапии* обычно относят *групповую дискуссию* и *психодраму*, к невербальным — *психогимнастику*, *проективный рисунок*, *музыкотерапию*, *хореотерапию* и др.

Формально разделение методов групповой психотерапии на вербальные и невербальные является оправданным, однако практически любое взаимодействие в группе включает как вербальный, так и невербальный компоненты. Учет и анализ невербального поведения и взаимодействия в процессе использования вербальных методов (например, групповой дискуссии) позволяет более полно и адекватно раскрыть содержание той или иной вербальной коммуникации. Тенденция к использованию различных невербальных приемов в ходе групповой дискуссии, существенно обогащая методический арсенал психотерапевта, расширяет содержание и улучшает качество *обратной связи* за счет включения невербального материала. Все это в определенной степени выводит групповую дискуссию из жестких рамок исключительно вербального, разговорного метода. Вместе с тем использование невербальных приемов не исключает необходимости вербального взаимодействия, в частности обмена мнениями о происходящем, вербализации невербальной коммуникации, эмоциональных состояний. В связи с развитием психотерапевтических направлений, основывающихся прежде всего на непосредственных эмоциональных переживаниях, наметилось частичное отождествление термина «вербальный» с терминами «рациональный», «познавательный», «когнитивный» и противопоставление трех последних понятиям «невербальный», «эмоциональный», «опытный» (в смысле опыта непосредственного переживания). Разграничение методов групповой психотерапии носит в значительной степени условный характер и целесообразно лишь с точки зрения преобладающего типа исходной коммуникации. Не существует данных, позволяющих утверждать, что вербальные методы способствуют лишь интеллектуальному *осознанию*, т. е. выполняют когнитивную функцию, а невербальные — эмоциональному переживанию. Каждый психотерапевтический метод в рамках групповой психотерапии, вне зависимости от того, вербальный он или невербальный, может затрагивать и когнитивную, и эмоциональную, и поведенческую сферы пациента.

**ВЕРИФИКАЦИОННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ВНУШЕНИЯ СВЯДОЩА.** Известно, что *внушение* невозможно при отсутствии семантического (смыслового) содержания в сообщении. Так, например, человеку нельзя что-либо внушить на незнакомом ему языке. Однако далеко не всякая информация оказывает внушающее воздействие. В зависимости от формы подачи, источника поступления и индивидуальных особенностей личности одна и та же информация может оказать либо не оказать его. Для ответа на этот вопрос А. М. Свядощ (1982) выдвинул следующую концепцию.

Согласно В. к. в. С., в мозгу человека протекают процессы верификации информации, т. е. определения ее достоверности. На живой организм падает огромное количество различных, иногда противоречивых сигналов, несущих информацию о происходящем как во внешней, так и во внутренней среде. Более сложные из них подвергаются логической переработке и оценке, осуществляемой путем сознательного целенаправленного мышления. Однако большая часть поступающей информации подвергается в соответствии с имеющимися алгоритмами автоматической, неосознаваемой оценке с точки зрения ее достоверности и значимости. Благодаря этому организм, не загружая сознания, ограждается от неадекватного реагирования на сигналы, которые к нему не имеют отношения либо несут ложную или несущественную информацию. Так, оборонительная реакция не возникнет, если ребенок, направив игрушечное ружье, будет выкрикивать слова угрозы; не возникнет и ощущения запаха, если, подав палочку, ребенок скажет, что это букет цветов.

Особенность внушения кроется в том, что при нем, помимо основной (семантической) информации, определяющей содержание внушения, вводится еще добавочная (верифицирующая) информация, повышающая достоверность основной. Так, например, психотерапевт просто говорит

больному «Руке не больно». Далее он внушает ему же: «Руке не больно!» Во втором случае добавочную информацию несет голос психотерапевта — интонация речи, мимика, авторитет врача. Если этой добавочной информации не будет или окажется недостаточно, то эффект внушения не наступит.

Для исследования добавочной информации были записаны на магнитофон и подвергнуты спектральному анализу с помощью интонографа одни и те же фразы, произнесенные обычным тоном и тоном внушения. Таким путем после соответствующей математической обработки удалось получить цифровые физические характеристики, отличающие повествовательную речь от внушающей, и выявить некоторые особенности верифицирующей информации.

Чем более уверенным тоном говорит человек, тем более верифицирующее действие оказывает его речь. Нередко верифицирующий эффект дает повторность поступления информации. Ложная верификация информации лежит в основе плацебо-эффекта, а также играет большую роль в *косвенном внушении*, благодаря чему больной приписывает терапевтическую активность веществу, которое в действительности ею не обладает.

Восприятие информации без ее критической переработки свойственно маленьким детям и в этом возрасте биологически целесообразно. Лишь в дальнейшем, по мере накопления детьми жизненного опыта и развития логических способностей, воспринимаемое начинает подвергаться ими критической переработке. В той или иной степени внушаемы и взрослые люди. Верификация информации затруднена, в связи с чем внушаемость повышена при неожиданности сообщения, а также в тех случаях, когда недостаточно развиты или ослаблены критические способности (при астении, суженном сознании, гипнотических состояниях). Отсюда понятно, почему внушаемость часто повышена у лиц суеверных, отсталых, с проявлениями дебильности, истощенных, у наркоманов, у страдающих импотенцией, астенизированных соматогенными заболеваниями или психогенными воздействиями, у лиц с некоторыми формами психопатии, находящихся в состоянии аффекта.

Внушающее влияние раздражителя будет сильнее, если вызываемое им действие усилится уже имеющимися представлениями. Так, например, человеку, постоянно опасаящемуся за свое здоровье, могут быть легче внушены ипохондрические идеи. При истерии проще внушаются представления, обладающие «условной приятностью или желательностью». Таким образом, внушаемость может оказаться избирательно повышенной лишь в отношении определенного круга представлений.

**ВИДЕООБРАТНАЯ СВЯЗЬ В ПСИХОТЕРАПИИ.** В основе ее лежит использование видеотехники, с помощью которой пациентам создают условия для самоконфронтации через предъявление им объективного и нейтрального отражения их собственного поведения, а в случае *групповой психотерапии* — возможности для проверки и пересмотра своих понятий о «других в восприятии "Я"» и «"Я" в восприятии других». Подобная практика повышает уровень рефлексивности у пациентов, что переносится ими на отношения и вне группы. Именно таким путем, содействуя психотерапевтической задаче «пересмотра "Я"», эффективнее и намеренно могут интегрироваться новые позиции.

По способам применения и средствам привлечения внимания к содержанию предъявленной информации различают (Кульгавин Л. М., Подсадный С. А., 1994) активную видеообратную связь, когда отобранный фрагмент видеозаписи демонстрируется больным с подробными комментариями психотерапевта, и пассивную видеообратную связь, когда видеосюжеты используются без анализа их специалистами. По времени предъявления выделяют прямую видеообратную связь, т. е. по ходу лечебных сеансов, и отсроченную, т. е. по завершении психотерапевтических занятий; по содержанию отобранных материалов — тематически-ориентированную, когда внимание акцентируется, например, на восприятии преимущественно невербальных способов взаимодействия или на распознавании вербально-логической системы знаков в структуре речевого поведения, и аморфную видеообратную связь, ориентированную на восприятие и *интерпретацию* больными поведения в целом. Варианты использования видеообратной связи представлены по классификации, разработанной в Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева. Путем электронного монтажа возможны также изменения пространственно-временных характеристик видеообратной связи (с очевидным замедлением или ускорением распознаваемых процессов).

Необходимые предпосылки или наиболее общие условия для эффективного использования видеообратной связи в индивидуальной и групповой психотерапии сводятся к следующему: 1) основные

характеристики видеообратной связи определяются целью и задачами всего курса психотерапии и соответствуют той общетеоретической концепции, которой психотерапевт руководствуется в своей деятельности; 2) необходимо учитывать, насколько видеообратная связь помогает пациенту узнать что-либо новое о себе или облегчить ему изменение собственного поведения; 3) видеообратная связь во многих случаях эффективна применительно к такому поведению, которое пациент может изменить, и бесполезна, если относится к тому, на что пациент повлиять не может; 4) видеообратная связь приносит больше пользы в тех случаях, когда обращаются с просьбой о ней, чем тогда, когда ее навязывают; 5) важный аспект полезности видеообратной связи — ее своевременность: в одних случаях она касается поведения больного в текущий момент (вариант прямой видеообратной связи), в других случаях пациенту целесообразно предоставить суммированную информацию о его поведении, т. е. по завершении очередного или нескольких психотерапевтических занятий (вариант отсроченной видеообратной связи); 6) видеообратная связь не должна быть слишком продолжительной (не более 5—10 минут, реже до 15-20 минут на одно занятие), в противном случае может иметь место так называемая перегрузка видеообратной связи: пациент оказывается не в состоянии воспринять и интегрировать большой объем информации; если видеообратная связь носит подчеркнуто конфронтационный характер, то ее негативные аспекты должны быть уравновешены общей позитивной атмосферой; 7) видеообратная связь приводит не только к изменению, но и к принятию данных форм поведения пациентом.

Использование видеотехники в режиме моделирования предполагает отбор и демонстрацию больным примеров только адаптивного поведения. С этих позиций моделирование представлено как вариант позитивной видеообратной связи. В основании механизма моделирования — воздействие носителя примера на перцепиента. Оно может быть реализовано разными способами: непосредственно (воздействие через органы чувств), личностными особенностями и поведенческими реакциями, что называют также методами «преддепонирования» и «экспонирования», и опосредованно, через обсуждение поведения третьего лица (по материалам видеозаписей) или на примерах из литературы, живописи, кинематографии, т. е. через образцы поведения реальных или вымышленных героев. Если примером служат образцы собственного поведения, моделирование превращается в самомоделирование, или аутоэкземплификацию.

См. также *Аудиовизуальные средства в психотерапии, Самомоделирование на основе видеозаписи.*

**ВНУШЕНИЕ** (лат. suggestio). Подача информации, воспринимаемой без критической оценки и оказывающей влияние на течение нервно-психических и соматических процессов. Путем В. вызываются ощущения, представления, эмоциональные состояния и волевые побуждения, а также оказывается воздействие на вегетативные функции без активного участия личности, без логической переработки воспринимаемого.

Основным средством В. является слово, речь суггестора (человека, производящего В.). Неречевые факторы (жесты, мимика, действия) обычно оказывают дополнительное влияние.

Предлагаются различные классификации В.: В. и *самовнушение*; В. прямое или открытое, косвенное или закрытое; В. контактное и дистантное. В медицинской практике используются соответствующие приемы В. в бодрствующем состоянии, в состоянии естественного, гипнотического и наркотического сна.

В. в состоянии бодрствования присутствует в той или иной степени выраженности в каждой беседе врача с больным, но может выступать и в качестве самостоятельного психотерапевтического воздействия. Формулы В. обычно произносятся повелительным тоном, с учетом состояния больного и характера клинических проявлений заболевания. Они могут быть направлены как на улучшение общего самочувствия (сна, аппетита, работоспособности и др.), так и на устранение отдельных невротических симптомов. Обычно В. наяву предшествует разъяснительная беседа о сущности лечебного В. и *убеждение* больного в его эффективности. Эффект В. тем сильнее, чем выше в глазах пациента авторитет врача, производящего В. Степень реализации В. определяется также особенностями личности больного, выраженностью «магического» настроения, веры в возможность влияния одних людей на других с помощью неизвестных науке средств и способов.

В. в состоянии естественного сна путем нашептывания фраз спящему ребенку применяли И. В.

Вяземский (1903), Бурдон (Burdon Ch., 1904) и др. Оно проводится тихим голосом, но внушающим тоном. Фразы, направленные на углубление сна, чередуются с лечебными В., повторяемыми с паузами. За сеанс проводится до 6 серий таких В. Лечение этим методом трудноосуществимо, что может быть связано со слишком чутким, поверхностным сном, приводящим к легкому пробуждению, резко выраженной ориентировочной реакцией или слишком глубоким сном, при котором добиться суггестивного воздействия не удастся. Наиболее широкое применение В. во время естественного сна нашло при лечении фобий и истерических симптомов у детей (см. *Сомнопсихотерапия по Перельмутеру*). Однако нельзя исключить, что в этих условиях происходит общение со спящим по типу гипнотической коммуникации.

В. в состоянии гипнотического сна в лечебных целях широко распространено.

При использовании методики *наркопсихотерапии* лечебное действие В. реализуется в условиях искусственно вызванного наркотического сна. К методам, близким к наркопсихотерапевтическим, относится применение с психотерапевтической целью газовой смеси кислорода и закиси азота (см. *Наркопсихотерапия с помощью газовой смеси азота и кислорода*).

*Косвенное В.* является основой разработки опосредующей и потенцирующей косвенной психотерапии, получившей развитие в последнее время в работах главным образом курортных психотерапевтов. Разновидностью косвенного В. может считаться *плацебо-терапия*, при которой назначается плацебо-препарат (лат. placebo — понравлюсь, удовлетворю) — безвредный препарат, применяемый под видом какого-либо лекарственного средства.

Самовнушение — это методика В. каких-то мыслей, желаний, образов, ощущений, состояний себе самому. В психотерапевтической практике применяются различные методики самовнушения. Чаще всего они представляют собой варианты давно предложенной методики *самовнушения по Куэ* (Соше Е., 1928). Самовнушение является основой (или одним из существенных механизмов лечебного действия) многих других методов психотерапии (см. *Аутогенная тренировка*).

**ВНУШЕННЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ СНОВИДЕНИЯ ПО ПЛАТОНОВУ.** Методика относится к гипносуггестивной психотерапии, предложена К. И. Платоновым (1930) как вспомогательный терапевтический прием — *внушение* сновидения во внушенном сне.

Содержание внушенного сновидения отвечает содержанию патогенетических факторов, способствует образованию у больного новых, положительных установок. Так, например, содержание В. л. с. п. П., применяемых при алкоголизме для воздействия на остаточные явления влечения к алкоголю, противоположно алкогольным сновидениям (Зеневич Г. В., Либих С. С., 1965). Больным с фобиями внушаются сновидения, в которых они видят себя легко и свободно выполняющими действия, которые в клинической картине связаны у них со страхами. Методика В. л. с. п. П. применяется для оживления в памяти больного содержания забытых им ночных сновидений, косвенно оказавшихся связанными с развитием тех или иных невротических симптомов с последующим внушением окончательного их забывания, а также используется при анализе генеза невротических состояний.

Лечебные сновидения могут реализоваться по указанию врача в момент внушенного сна (углубленного путем ряда повторных пробуждений и усыплений) или же в качестве постгипнотического внушения (осуществляется во время ближайшего естественного сна).

**ВОЛЕВАЯ ТЕРАПИЯ РАНКА.** Ранк Отто (Rank O., 1884-1939) — австрийский психоаналитик, один из самых блестящих учеников *Фрейда* (Freud S.). Его работы соединяют теоретические представления о мифологии, искусстве и процессе творчества с теорией *психоанализа*. Ранк закончил технический институт, но намеревался стать писателем и поэтом. В возрасте двадцати лет он впервые познакомился с работами Фрейда и под их влиянием написал эссе, посвященное художественному творчеству. Это эссе произвело большое впечатление на известного психиатра и открыло Ранку доступ в круг психоаналитиков, собравшихся вокруг Фрейда. Оно было опубликовано в 1907 г. и стало первым в серии трудов, интерпретирующих с психоаналитических позиций мифологические и литературные сюжеты (тему инцеста, аномального рождения героев, истории о Лознгрине и о Дон Жуане, тему двойников). Совместная работа с Фрейдом продолжалась 20 лет, в течение которых Ранк был секретарем психоаналитического кружка, а в 1912 г. стал редактором двух первых психоаналитических журналов — «Имаго» и «Международный журнал психоанализа». В 1919 г. он основал издательство для публикации психоаналитических трудов, а в 1920-е гг. стал также работать как практический

психоаналитик.

Клинический опыт был обобщен Ранком в монографии «Травма рождения».

Идея о том, что само рождение является источником будущей тревоги, обсуждалась и Фрейдом. Ранк считал, что его работа является конструктивным развитием психоаналитической теории. По мнению автора, двойственная тревога — страх появления на свет и страх возвращения во внутриутробное состояние — в большей степени объясняет возникновение неврозов, чем сексуальные конфликты (*эдипов комплекс* и др.). Большее значение придавалось отношению ребенка к матери, чем к отцу. Эти положения вызвали негативную реакцию Фрейда и особенно его окружения. Идеологические расхождения привели к изгнанию Ранка из венского кружка и постепенному противопоставлению его подхода психоанализу.

Последующие годы Ранк преподавал и вел клиническую работу в Париже и Нью-Йорке. Своей задачей, после того как он покинул Вену, он считал создание психоаналитического подхода к решению человеческих проблем без той «философии отчаяния», которая, как он чувствовал, была свойственна фрейдовскому анализу. В понимании Ранка, психотерапия — это аналитический метод, который наибольшее значение придает сознательной воле и творческому импульсу как средствам, способным вернуть пациенту активность и уверенность в себе, разбудить творческие силы для решения поставленных в процессе психотерапии задач. Свою оригинальную версию психоанализа автор назвал психоанализом структуры «Я». Его взгляды изложены в труде «Волевая терапия и истина и реальность» (1926-1931). Помимо специальных работ, посвященных психотерапевтической технике и личностной теории, Ранк издает труды на более широкие философско-психологические темы: «Искусство и художник», «Миф о рождении героя», опубликованная посмертно книга «За пределами психологии». В них в свете его теории рассматриваются история человечества, разнообразные проблемы современной жизни, источники творческого потенциала как художника, так и обыкновенного человека. В период зрелого творчества Ранк отказался от механистического объяснения человеческого поведения или опыта в рамках причинно-следственной парадигмы цели, которую разделял Фрейд и большинство академических психологов. Автор стремился выработать альтернативный научный подход, в центре которого стояла личность в качестве самостоятельного интерпретатора смысла и инициатора действий. Например, его начальная концепция травмы рождения как источника тревоги сменилась концепцией представлений об утробе и рождении как символах, используемых человеком для выражения противоречащих друг другу идей о выборе новых, связанных с риском возможностей, или пребывании в рамках привычной рутины, которые метафорически, а иногда и буквально, выражаются как страх жизни в противоположность страху смерти. Ранк, таким образом, предвосхитил тенденции, которые только спустя много лет стали заметны в ортодоксальном психоанализе и академической психологии и составили основу таких крупных направлений, как гуманистическая психология.

## Г

**ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ.** Метод, созданный американским психологом и психотерапевтом *Перлсом* (Perls F. S.) под влиянием идей гештальт-психологии, экзистенциализма, *психоанализа* и, в частности, теории Райха (Reich W.) о физиологических проявлениях вытесненного психологического материала. Г.-т. возникла в русле феноменологического подхода, подчеркивающего необходимость *осознания* пациентом настоящего и важность непосредственного эмоционального переживания. Информацию, необходимую для терапевтического изменения, получают из непосредственного поведения пациента. Феноменологический подход Г.-т. противопоставляется каузальному — традиционному — подходу, при котором усилия психотерапевта направлены на поиски причин расстройств у пациента в его прошлом.

Перлс перенес закономерности образования фигуры, установленные гештальт-психологией в сфере восприятия, в область мотивации человеческого поведения. Возникновение и удовлетворение потребностей он рассматривал как ритм формирования и завершения гештальтов. Функционирование мотивационной сферы осуществляется по принципу саморегуляции организма. Человек находится в равновесии с самим собой и окружающим его миром. Для сохранения гармонии нужно лишь довериться

«мудрости тела», прислушиваться к потребностям организма и не мешать их реализации. Быть самим собою, осуществлять свое «Я», реализовывать свои потребности, наклонности, способности — это путь гармоничной, здоровой личности. Больным неврозом, согласно экзистенциально-гуманистической психологии, является человек, хронически препятствующий удовлетворению собственных потребностей, отказывающийся от реализации своего «Я», направляющий все свои усилия на реализацию «Я»-концепции, создаваемой для него другими людьми — прежде всего близкими — и которую он со временем начинает принимать за свое истинное «Я». Отказ от собственных потребностей и следование ценностям, навязанным извне, приводит к нарушению процесса саморегуляции организма.

В Г.-т. различают 5 механизмов нарушения процесса саморегуляции: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия, конфлуенция. При интроекции человек усваивает чувства, взгляды, убеждения, оценки, нормы, образцы поведения других людей, которые, однако, вступая в противоречие с собственным опытом, не ассимилируются его личностью. Этот неассимилированный опыт — интроект — является чуждой для человека частью его личности. Наиболее ранними интроектами являются родительские поучения, которые усваиваются ребенком без критического осмысления. Со временем становится трудно различить интроекты и свои собственные *убеждения*. Проекция — прямая противоположность интроекции, причем, как правило, эти два механизма дополняют друг друга. При проекции человек отчуждает присущие ему качества, поскольку они не соответствуют его «Я»-концепции. Образующиеся в результате проекции «дыры» заполняются интроектами. Ретрофлексия — «поворот на себя» — наблюдается в тех случаях, когда какие-либо потребности не могут быть удовлетворены из-за их блокирования социальной средой, и тогда энергия, предназначенная для манипулирования во внешней среде, направляется на самого себя. Такими неудовлетворенными потребностями, или незавершенными гештальтами, часто являются агрессивные чувства. Ретрофлексия при этом проявляется в мышечных зажимах. Первоначальный конфликт между «Я» и другими превращается во внутриличностный конфликт. Показателем ретрофлексии является использование в речи возвратных местоимений и частиц, например: «Я должен заставить себя сделать это». Дефлексия — это уклонение от реального контакта. Человек, для которого характерна дефлексия, избегает непосредственного контакта с другими людьми, проблемами и ситуациями. Дефлексия выражается в форме салонных разговоров, болтливости, шутовства, ритуальности и условности поведения, тенденции «сглаживания» конфликтных ситуаций и т. п. Конфлуенция, или слияние, выражается в стирании границ между «Я» и окружением. Такие люди с трудом отличают свои мысли, чувства или желания от чужих. Слияние хорошо выявляется на занятиях *групповой психотерапией* у пациентов, полностью идентифицирующих себя с группой; для них характерно при описании собственного поведения употребление местоимения «мы» вместо «я».

Описанные варианты нарушений процесса саморегуляции представляют собой невротические защитные механизмы, прибегая к которым индивид отказывается от своего подлинного «Я». В результате действия перечисленных механизмов нарушается целостность личности, которая оказывается фрагментированной, разделенной на отдельные части. Такими фрагментами, или частями, чаще выступают дихотомии: мужское—женское, активное—пассивное, зависимость—отчужденность, рациональность—эмоциональность, эгоистичность—бескорыстие. Большое значение придается в Г.-т. описанному Перлсом конфликту между «нападающим» (top-dog) и «защищающимся» (under-dog). «Нападающий» — это интроект родительских поучений и ожиданий, диктующих человеку, что и как он должен делать («Родитель» в терминологии *транзактного анализа*). «Защищающийся» — зависимая, неуверенная в себе часть личности, отбивающаяся различными хитростями, проволочками типа «сделаю завтра», «обещаю», «да, но...», «постараюсь» («Ребенок» в транзактном анализе). Основная цель Г.-т. состоит в интеграции фрагментированных частей личности.

В процессе Г.-т. на пути к раскрытию своей истинной индивидуальности пациент проходит через пять уровней, которые Перлс называет уровнями невроза.

Первый уровень — уровень фальшивых отношений, уровень игр и ролей. Невротическая личность отказывается от реализации своего «Я». Больной неврозом живет согласно ожиданиям других людей. В результате собственные цели и потребности человека оказываются неудовлетворенными, он испытывает фрустрацию, разочарование и бессмысленность своего существования. Перлсу принадлежит следующий афоризм: «Сумасшедший говорит: "Я Авраам Линкольн", а больной неврозом:

"Я хочу быть Авраамом Линкольном", здоровый человек говорит: "Я — это я, а ты — это ты"». Отказываясь от самого себя, больной неврозом стремится быть кем-то другим.

Второй уровень — фобический, связан с осознанием фальшивого поведения и манипуляций. Но когда пациент представляет себе, какие последствия могут возникнуть, если он начнет вести себя искренно, его охватывает чувство страха. Человек боится быть тем, кем является, боится, что общество подвергнет его остракизму.

Третий уровень — тупик. Характеризуется тем, что человек не знает, что делать, куда двигаться. Он переживает утрату поддержки извне, но еще не готов или не хочет использовать свои собственные ресурсы, обрести внутреннюю точку опоры. В результате человек придерживается статус-кво, боясь пройти через тупик.

Четвертый уровень — имплозия. Это состояние внутреннего смятения, отчаяния, отвращения к самому себе, обусловленное полным осознанием того, как человек ограничил и подавил себя. На этом уровне индивид может испытывать страх смерти. Эти моменты связаны с вовлечением огромного количества энергии в столкновение противоборствующих сил внутри человека; возникающее вследствие этого давление, как ему кажется, грозит его уничтожить.

Пятый уровень — эксплозия (взрыв). Достижение этого уровня означает формирование аутентичной личности, которая обретает способность к переживанию и выражению своих эмоций. Эксплозия — это глубокое и интенсивное эмоциональное переживание. Перлс описывает четыре типа эксплозии: скорбь, гнев, радость, оргазм. Эксплозия истинной скорби является результатом работы, связанной с утратой или смертью близкого человека. Оргазм — результат работы с лицами, сексуально заблокированными. Гнев и радость связаны с раскрытием аутентичной личности и подлинной индивидуальности.

Основным теоретическим принципом Г.-т. является убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Поэтому особое внимание уделяется развитию у пациента готовности принимать решения и делать выбор.

Поскольку саморегуляция осуществляется в настоящем, гештальт возникает в «данный момент», то психотерапевтическая работа проводится сугубо в ситуации «сейчас». Психотерапевт внимательно следит за изменением в функционировании организма пациента, побуждает его к расширению осознания того, что происходит с ним в данный момент, с тем чтобы замечать, как он препятствует процессу саморегуляции организма, какие блоки он использует для избегания *конфронтации* со своим настоящим, для «ускользания из настоящего». Большое внимание психотерапевт уделяет «языку тела», являющемуся более информативным, чем вербальный язык, которым часто пользуются для рационализации, самооправданий и уклонения от решения проблем. Психотерапевта интересует, что делает пациент в данный момент и как он это делает, например, сжимает ли кулаки, совершает мелкие стереотипные движения, отводит в сторону взгляд, задерживает дыхание. Таким образом, в Г.-т. акцент смещается с вопроса «почему?» на вопрос «что и как?». Фрагментирование личности часто устанавливается по рассогласованию между вербальным и невербальным проявлениями.

Феноменологический подход диктует принципы и технические процедуры в Г.-т.: и те и другие связаны с настоящим. Основными принципами являются следующие.

1. Принцип «сейчас». «Сейчас» — это функциональная концепция того, что и как делает индивид в данный момент. Например, акт воспоминания далекого прошлого является частью «сейчас», а то, что происходило несколько минут назад, не является «сейчас».

2. Принцип «я — ты». Выражает стремление к открытому и непосредственному контакту между людьми. Часто свои высказывания члены *психотерапевтической группы* направляют не по адресу — конкретному участнику, а в сторону или в воздух, что обнаруживает их опасения и нежелание говорить прямо и однозначно. Психотерапевт побуждает участников группы к непосредственному общению, просит адресовать конкретные высказывания конкретным лицам. Прямая конфронтация мобилизует аффект и живость переживания.

3. Принцип субъективизации высказываний. Связан с семантическими аспектами ответственности пациента. Психотерапевт предлагает пациенту заменять объективизированные формы (типа «что-то давит в груди») на субъективизированные («я подавляю себя»). Это помогает пациенту рассматривать себя как активного субъекта, а не как пассивный объект, с которым «делаются» разные

вещи.

4. Континуум сознания. Является неотъемлемой частью всех технических процедур, но может использоваться и в качестве отдельного метода. Это концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний, метод подведения индивида к непосредственному переживанию и отказу от *вербализаций* и *интерпретаций*, одно из центральных понятий Г.-т. Пациент должен постоянно осознавать или отдавать себе отчет в том, что происходит с ним в данный момент, он должен замечать малейшие изменения в функционировании организма. Осознание чувств, телесных ощущений и наблюдение за движениями тела (понимание «языка тела») способствуют ориентации человека в самом себе и в своих связях с окружением.

Технические процедуры в Г.-т. называются играми. Это разнообразные действия, выполняемые пациентами по предложению психотерапевта, которые способствуют более непосредственной конфронтации со значимым содержанием и переживаниями. Эти игры предоставляют возможность экспериментирования с самим собой и другими участниками группы. В процессе игр пациенты «примеряют» различные роли, входят в разные образы, отождествляются со значимыми чувствами и переживаниями, отчужденными частями личности и интроектами. Цель игр-экспериментов — достижение эмоционального и интеллектуального прояснения, приводящего к интеграции личности. Эмоциональное осознание («ага-переживание») — это такой момент самопостижения, когда человек говорит: «Ага!» По Перлсу, «ага» — это то, что происходит, когда что-нибудь защелкивается, попадая на свое место; каждый раз, когда «закрывается» гештальт, «звучит» этот щелчок. По мере накопления фактов эмоционального прояснения приходит прояснение интеллектуальное. Число игр не ограничено, так как каждый психотерапевт, пользуясь принципами Г.-т., может создавать новые игры или модифицировать уже известные. Наиболее известными являются следующие игры.

1. Диалог между частями собственной личности. Когда у пациента наблюдается фрагментация личности, психотерапевт предлагает эксперимент: провести диалог между значимыми фрагментами личности — между агрессивным и пассивным, «нападающим» и «защищающимся». Это может быть диалог и с собственным чувством (например, с тревогой, страхом), и с отдельными частями или органами собственного тела, и с воображаемым значимым для пациента человеком. Техника игры такова: напротив стула, который занимает пациент («горячий стул»), располагается пустой стул, на который «сажают» воображаемого «собеседника». Пациент поочередно меняет стулья, проигрывая диалог, пытаясь максимально отождествлять себя с различными частями своей личности.

2. Совершение кругов. Пациенту предлагается пройти по кругу и обратиться к каждому участнику с волнующим его вопросом, например выяснить, как его оценивают другие, что о нем думают, или выразить собственные чувства по отношению к членам группы.

3. Незаконченное дело. Любой незавершенный гештальт есть незаконченное дело, требующее завершения. По существу, вся Г.-т. сводится к завершению незаконченных дел. У большинства людей есть немало неулаженных вопросов, связанных с их родственниками, родителями и т. п. Чаще всего это невысказанные жалобы и претензии. Пациенту предлагается с помощью приема пустого стула высказать свои чувства воображаемому собеседнику или обратиться непосредственно к тому участнику психотерапевтической группы, который имеет отношение к незаконченному делу. Гештальт-психотерапевтами замечено, что наиболее частое и значимое невыраженное чувство — чувство обиды. Именно с этим чувством работают в игре, которая начинается со слов: «Я обижен...»

4. Проективная игра. Когда пациент заявляет, что другой человек имеет некое чувство или черту характера, его просят проверить, не является ли это его проекцией. Пациенту предлагается «разыграть проекцию», т. е. примерить на самого себя это чувство или черту. Так, пациента, который заявляет: «Я испытываю к тебе жалость», просят разыграть роль человека, вызывающего жалость, подходя к каждому из участников группы и вступая с ним во взаимодействие. Постепенно входя в роль, человек раскрывает себя, при этом может произойти интеграция прежде отвергаемых сторон личности.

5. Выявление противоположного (реверсия). Явное поведение пациента часто носит характер защиты, скрывающей противоположные тенденции. Для осознания пациентом скрытых желаний и противоречивых потребностей ему предлагается разыграть роль, противоположную той, которую он демонстрирует в группе. Например, пациентке с манерами «душечки» предлагается разыграть роль агрессивной, высокомерной, задевающей других женщины. Такой прием позволяет достичь более



полного соприкосновения с теми сторонами своей личности, которые прежде были скрыты.

6. Упражнения на воображение. Иллюстрируют процесс проекции и помогают участникам группы идентифицироваться с отвергаемыми аспектами личности. Среди таких упражнений наиболее популярна игра «Старый, заброшенный магазин». Пациенту предлагают закрыть глаза, расслабиться, затем представить, что поздно ночью он проходит по маленькой улочке мимо старого, заброшенного магазина. Его окна грязные, но если заглянуть, можно заметить какой-то предмет. Пациенту предлагают тщательно его рассмотреть, затем отойти от заброшенного магазина и описать предмет, обнаруженный за окном. Далее ему предлагается вообразить себя этим предметом и, говоря от первого лица, описать свои чувства, ответить на вопрос, почему он оставлен в магазине, на что похоже его существование в качестве этого предмета. Идентифицируясь с предметами, пациенты проецируют на них какие-то свои личностные аспекты.

Большое внимание уделяется в Г.-т. работе со сновидениями пациентов. Перефразируя *Фрейда* (Freud S.), Перлс говорил, что «сон — это королевская дорога к интеграции личности». В отличие от психоанализа, в Г.-т. не интерпретируются сны, они используются для интеграции личности. Автор считал, что различные части сна являются фрагментами нашей личности. Для того чтобы достичь интеграции, необходимо их совместить, снова признать своими эти спроецированные, отчужденные части нашей личности и признать своими скрытые тенденции, которые проявляются во сне. С помощью проигрывания объектов сна, отдельных его фрагментов может быть обнаружено скрытое содержание сновидения через его переживание, а не посредством его анализа.

Перлс сначала применял свой метод в виде *индивидуальной психотерапии*, но впоследствии полностью перешел на групповую форму, находя ее более эффективной и экономичной. Групповая психотерапия проводится как центрированная на пациенте, группа же при этом используется лишь инструментально по типу хора, который, подобно греческому, на заднем плане провозглашает свое мнение по поводу действия протагониста. Во время работы одного из участников группы, который занимает «горячий стул» рядом со стулом психотерапевта, другие члены группы идентифицируются с ним и проделывают большую молчаливую аутотерапию, осознавая фрагментированные части своего «Я» и завершая незаконченные ситуации.

В последние годы отмечается явная тенденция отхода от ортодоксальной модели Г.-т. с ее непримиримостью к каузальности, полному отказу от анализа и интерпретаций к использованию гештальт-экспериментов в сочетании с каузальными методами психотерапии, чаще с трансактным анализом. Г.-т. наиболее эффективна при лечении неврозов. При работе с психотическими пациентами ее рекомендуют проводить достаточно длительно и осторожно.

**ГИПНАБЕЛЬНОСТЬ.** Этим термином обозначается индивидуальная способность подвергаться гипнотическому воздействию, достигать гипнотического состояния той или иной глубины.

Г. пациента имеет значение для определения показаний к различным видам *внушения*.

П.И. Буль (1974) отмечает зависимость Г. от внушаемости пациента наяву (существуют специальные приемы ее определения — см. *Гипноз*), особенностей личности пациента, обстановки, в которой протекает сеанс *гипнотерапии*, опыта врача-психотерапевта, его авторитета и степени владения техникой гипнотизации, а также степени «магического настроения» пациента.

**ГИПНОАНАЛИЗ.** Термин, используемый для обозначения психотерапевтических приемов, сочетающих *гипноз* с *психоанализом*, катарсическими приемами и др. (Лившиц С. Я., 1927). Лечение с помощью Г. имеет не только симптомоцентрированную, но и этиопатогенетическую направленность. Сочетание психоанализа с гипнозом позволяет сократить продолжительность психоанализа. Выделяются две группы методик Г.

Методика Г., предложенная Волбергом (Wolberg L. R., 1945), на первом этапе включает обучение пациента быстрому вхождению в гипнотическое состояние. Впоследствии для анализа используется большой выбор различных приемов: *свободные ассоциации*, *внушение* сновидений и их анализ, возрастная регрессия, визуализация сцен, касающихся психотравмирующих ситуаций, автоматическое письмо и др. Существенное значение в методике уделяется *катарсису*.

В методике Линднера (Lindner R. M., 1958) Г. включает тренировку быстрого погружения в гипнотическое состояние и проведение психоаналитических сеансов с использованием метода свободных ассоциаций в гипнозе. При возникновении *сопротивления* гипнотическое состояние

углубляется. На последнем этапе стремятся к модификации установок пациента с помощью прямых внушений в гипнотическом состоянии.

**ГИПНОДРАМА.** Разновидность *групповой психотерапии*, в которой совмещаются *гипноз* и *психодрама*. Методика Г. была описана Морено (Moreno J. L.) в 1950 г. совместно с Эннейсом (Enneis J. M.).

В психодраме используется драматическая импровизационная игра на заданную тему, что позволяет пациенту выразить в действии свои конфликты и в некоторой степени интегрировать их. Психодрама разыгрывается пациентом, ведущим игру психотерапевтом и другими психотерапевтами, выступающими в роли вспомогательных «Я». Занятия проходят в присутствии зрителей (пациентов). В Г., в отличие от психодрамы, ведущий игру психотерапевт предварительно гипнотизирует пациента. Сложность осуществления Г. заключается в том, что она может применяться только при наличии гипнабельных пациентов, у которых очень быстро наступает состояние *сомнамбулизма*, необходимое для проведения Г.

**ГИПНОЗ** (греч. *hypnos* — сон). Временное состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании *внушения*, что связано с изменением функции индивидуального контроля и самосознания. Состояние Г. наступает в результате специальных воздействий гипнотизера или целенаправленного *самовнушения*.

Научная гипнология берет начало с середины XIX в., хотя практическое использование Г. имеет многовековую историю. Термин Г. впервые был применен английским хирургом Брэдом (Braid J.), книга которого, посвященная нейрогипнологии, вышла в свет в 1843 г. С конца 70-х гг. XIX в. французский невропатолог Шарко (Charcot J. M.) начинает изучать Г. на больных, страдающих истерией. Сальпетриерская школа Шарко занималась клиническим применением Г., а также изучением его стадий. В этом с ней соперничала Нансийская школа, главой которой был Бернгейм (Bernheim H.). Он считал, что стадии Г., которые наблюдал Шарко, обусловлены внушением, исходящим от гипнотизирующего, а не патологической природой самого Г. Существенный вклад в науку о Г. внесли и многие другие зарубежные ученые: Веттерстранд (Wetterstrand O.), Краффт-Эбинг (Krafft-Ebing R.), Форель (Forel A.) и др. В нашей стране теоретические и практические аспекты применения Г. в лечебных целях изучали В. Я. Данилевский (1852-1939), А. А. Токарский (1859-1901), В. М. Бехтерев (1857-1927), И.П. Павлов (1849-1936), их многочисленные ученики и последователи.

Теоретическая разработка механизмов Г. связана прежде всего с именами И. П. Павлова и Фрейда (Freud S.). И. П. Павлов и его ученики считали, что физиологической основой гипнотического состояния является процесс торможения, возникающий в коре больших полушарий головного мозга. Изменение экстенсивности и интенсивности тормозного процесса выражается в различных стадиях Г., клинически хорошо описанных. По И. П. Павлову, Г. — это частичный сон, состояние, переходное между бодрствованием и сном, при котором на фоне заторможенных в различной степени участков мозга сохраняется «сторожевой» пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность взаимосвязи между гипнотизирующим и гипнотизируемым. Необходимо, однако, отметить, что представление о Г. как частичном сне при нейрофизиологических (в особенности ЭЭГ) исследованиях не подтвердилось.

В психоаналитических теориях Г. первоначально акцентировалось внимание на удовлетворении инстинктивных желаний человека. С этой точки зрения гипнотическое состояние возникает под влиянием особого рода *переноса*. В последние годы Г. рассматривается преимущественно с позиций психологии «Я». В экспериментальной психологии существуют также концепции, придающие значение в Г. социо-культурным факторам, фактору взаимоотношений, сенсомоторным феноменам. К настоящему времени разрыв, разделявший физиологов, психоаналитиков и психологов-экспериментаторов в понимании природы Г., начинает уменьшаться, наблюдаются попытки формирования интегративных психофизиологических взглядов на сущность Г. (Рожнов В. Е., 1985; Тукаев Р. Д., 1996; Chertok L, 1992, и др.).

При проведении Г. важен учет внушаемости пациента (Мягков И. Ф., Варшавский К. М.). Используется ряд приемов, с помощью которых удастся ее определить. К ним относятся приемы с падением назад или вперед, внушение сцепленных пальцев рук, определение внушенных запахов и др. Примером одного из них может служить прием, описанный П. И. Булем. Используется небольшой

металлический груз на прочной нитке и выпиленный из дерева подковообразный «магнит», выкрашенный наподобие настоящего. Испытуемому предлагают взять пальцами вытянутой руки нитку с висящим на ее конце грузом. Врач подносит «магнит» к грузу и начинает то приближать, то удалять его в какой-нибудь определенной плоскости. При этом больному внушают, чтобы он обратил внимание на то, как груз постепенно начинает следовать за «магнитом» и раскачиваться. У лиц, достаточно внушаемых, груз действительно начнет качаться в заданном направлении вследствие возникновения идеомоторных движений. Перед гипнотизацией проводится беседа для выяснения отношения пациента к ней и устранения возможных его опасений. Гипнотизация проводится в благоприятных для гипнотизируемого условиях. Способов гипнотизации много. Они осуществляются воздействием на тот или иной анализатор: зрительный, слуховой, кожный. При использовании метода фиксации взора гипнотизируемому предлагают фиксировать свой взор на какой-либо одной точке, например на блестящем металлическом шарике. Возникшее естественное утомление глаз и желание закрыть их способствуют наступлению сна. Метод фасцинации (предложен в 1813 г. португальским аббатом Фариа) является разновидностью предыдущего. Пациента просят смотреть в глаза гипнотизирующему не мигая, гипнотизер при этом смотрит на переносицу пациента. При другом способе используется усыпляющее действие монотонных звуков: метронома, морского прибора, падающих капель воды и т. п. Метод пассив — гипнотизирующий проводит несколько раз ладонью с широко расставленными пальцами вдоль лица и туловища гипнотизируемого, не касаясь его, по направлению от головы к ногам. Этим способом пользовался еще *Месмер* (Mesmer F. A.), который считал, что он действует на больного «магнетическими флюидами». Метод сближения рук — пациента просят закрыть глаза, согнуть руки в локтевых суставах под углом в 90° и медленно сближать кончики пальцев обеих рук, говоря ему: «Ваши пальцы будут медленно сближаться. Когда кончики их сойдутся, вы сделаете глубокий вдох и будете спать крепким сном». Существуют другие способы гипнотизации. В ряде приемов влияние оказывается одновременно на несколько анализаторов.

Воздействие на анализаторы, как правило, сопровождается внушением, в словесных формулировках которого описываются ощущения, которые испытывает засыпающий человек (Рожнов В. Е., 1985): «Расслабьте мышцы. Лежите совершенно спокойно. Старайтесь ни о чем не думать. Внимательно слушайте то, что я вам буду говорить. У вас появляется желание спать. Ваши веки тяжелеют и постепенно опускаются. По всему телу распространяется чувство приятной теплоты. Все больше и больше расслабляются мышцы рук, ног, всего тела. Расслабляются мышцы лица, мышцы шеи, голова глубже уходит в подушку. Вам хочется спать. Сейчас я начну считать, и по мере того как я буду проводить этот счет, приближаясь к десяти, желание спать будет нарастать все больше и больше, все сильнее и сильнее. Когда я назову цифру десять — вы заснете». Примерно такие фразы врач повторяет по несколько раз спокойным, ровным голосом, часто подкрепляя их прямым внушением: «Спать! Спать!» Говорить лучше негромко, спокойно, но в то же время уверенно, короткими, понятными фразами. Состояние Г. может достигаться и одним словесным воздействием (вербальный метод). Длительность сеанса Г. определяется задачами гипнотизации (лечебной, исследовательской, учебной, реже — другими). Перед выводением из гипнотического состояния загипнотизированного предупреждают об этом: «Через полминуты я выведу вас из гипнотического сна. Сейчас я сосчитаю до трех. На цифру три вы проснетесь. Раз — освобождаются от сковывающего действия руки, два — освобождаются ноги и все тело. Три — вы проснулись, откройте глаза! Настроение и самочувствие очень хорошее, ничто не мешает, не беспокоит. Вы очень хорошо отдохнули. Вам приятно и спокойно». При дегипнотизации следует помнить, что быстрое пробуждение может повлечь за собой жалобы на общую слабость, недомогание, сердцебиение, головную боль и др.

Различные авторы предлагают разное деление Г. на стадии: одни выделяют 3 стадии, другие — 4, 6, 9 или 12. В практической работе можно ориентироваться на предложенные Форелем в 1928 г. 3 стадии: сонливость, гипотаксию и *сомнамбулизм* (Слободяник А. П., 1977, и др.). Первая стадия — сонливость. Гипнотизируемый при некотором усилии еще может противостоять внушению, открыть глаза. Характеризуется легкой мышечной слабостью и дремотой. Вторая стадия — гипотаксия. Пациент не может открыть глаза и выполнить некоторые внушения. Отличается глубокой мышечной слабостью. В этой стадии Г. уже можно вызвать внушенную каталепсию (восковидную гибкость мышц), которая иногда возникает и спонтанно. Третья стадия — *сомнамбулизм*. Характеризуется амнезией и

способностью к выполнению не только гипнотических, но и постгипнотических внушений (см. *Постгипнотическая суггестия*). Сомнамбулизм может возникать, минуя первые две стадии Г.

Г. является основой *гипнотерапии*. В настоящее время, наряду с классической моделью Г., широко используется *эриксоновский гипноз*.

**ГИПНОЗ-ОТДЫХ.** Методика *гипнотерапии*, способствующая созданию лечебно-охранительного режима. Г.-о. отвечает требованиям немедикаментозной терапии сном, применявшейся в нашей стране главным образом в 1950-х гг. для лечения неврозов, реактивных состояний и некоторых психосоматических расстройств. Методика разработана К. И. Платоновым (1957). Больного вечером погружают в гипнотическое состояние, которое спонтанно переходит в естественный сон, или утром психотерапевт переводит естественный сон в гипнотический на необходимое время. Г.-о. может продолжаться до 15-20 часов в сутки в течение 10-15 дней.

Методику удлиненной гипнотерапии предложил В. Е. Рожнов (1953). Она рассматривается как промежуточная между обычными и кратковременными сеансами гипнотерапии и длительным Г.-о. и рекомендуется в амбулаторной практике для работы с группой из 4-6 больных. Под удлиненной гипнотерапией понимается лечебное *внушение* больному, находящемуся от 2 до 4 часов в состоянии гипнотического сна. За это время пациент получает большее количество лечебных внушений (через каждые 15-20 минут), чем при обычной гипнотерапии, что повышает их терапевтическую эффективность. Эта методика является вариантом коллективной гипнотерапии, но может применяться и при индивидуальных сеансах.

**ГИПНОТЕРАПИЯ.** Метод психотерапии, использующий гипнотическое состояние в лечебных целях. Широкое распространение Г. отражает ее лечебную эффективность при различных заболеваниях. История развития научных представлений о природе *гипноза* и методах его применения в медицине достаточно полно представлена в работах К. И. Платонова (1962), П. И. Буля (1974), В. Е. Рожнова (1985), Катценштейна (Katzenstein A., 1971), Шертока (Chertok L, 1992) и многих других авторов. Ввиду того что явления *внушения* и гипноза тесно переплетаются, П. И. Буль (вслед за К. И. Платоновым) считает целесообразным пользоваться термином «гипносуггестивная психотерапия». Опытные специалисты применяют Г. при различных заболеваниях нервной системы, в клинике психических расстройств, при болезнях внутренних органов, в акушерско-гинекологической практике, при хирургических вмешательствах (см. *Хирургическая операция в гипнозе*) и кожных заболеваниях. Абсолютными противопоказаниями к Г. являются бредовые формы психозов (особенно когда больной считает, что его «загипнотизировали», и просит врача «разгипнотизировать» его) и гипноманические установки истерических личностей. При использовании Г. приходится учитывать степень *гипнабельности* пациента, при отсутствии которой или низкой ее выраженности применение Г. проблематично (некоторые авторы считают возможным развитие гипнабельности). Перед Г. необходимо провести беседы для выяснения отношения больного к этому методу лечения и устранения возможных опасений с его стороны. После введения пациента в состояние гипноза тем или иным способом произносятся формулы собственно лечебных внушений. Фразы должны быть короткими, понятными, наполненными смыслом и исключаящими ятрогенное воздействие. Продолжительность одного сеанса Г. обычно 15-20 минут. Количество сеансов колеблется от 1 до 15, что определяется характером болезненного состояния и терапевтической эффективностью Г. Частота сеансов — от ежедневных до проводимых 1 раз в неделю. Иногда возникает необходимость повторного курса Г. спустя несколько недель или месяцев. Г. может проводиться индивидуально или с группой пациентов. Существует множество вариантов Г. Ее можно проводить дробным способом (см. *Ступенчатый активный гипноз по Кречмеру, Фракционный гипноз*). Малоhipнабельным пациентам с целью углубления гипнотического сна предварительно могут даваться снотворные средства (см. *Наркогипноз*). Психоаналитики, занимающиеся гипнозом, применяют наркотические средства в расчете на ускорение аналитического процесса (см. *Наркоанализ (наркосинтез)*). Получению сведений о бессознательных переживаниях больного способствует методика гипнопсихокатарсиса. Существуют также методики гипноэлектросна, сочетания *самовнушения* с гипнозом и многие другие. Особое место среди методов Г. занимает *эриксоновский гипноз*.

Основные осложнения при Г. — это потеря *раппорта*, истерические припадки, спонтанный *сомнамбулизм*, переход глубокого сомнамбулического гипноза в гипнотическую летаргию и др. (см.

*Отрицательные последствия (осложнения) гипнотерапии*). Эти осложнения при спокойном поведении врача, понимании характера заболевания и знании техники гипноза не приводят к серьезным последствиям. Причины неудач Г. могут быть связаны с упорным применением врачом одного лишь гипносуггестивного метода при игнорировании им общих психотерапевтических подходов, *рациональной психотерапии*, тренировочных приемов и других показанных в данном конкретном случае методов психотерапии.

**ГИПНОТИЧЕСКАЯ АБРЕАКЦИЯ.** Прием высвобождения, раскрепощения эмоционально значимого для пациента материала в состоянии *гипноза*. Включает ряд этапов: достижение гипнотического состояния; погружение пациента в психотравмирующую ситуацию; восстановление ее; освобождение подавленных, неотреагированных эмоций, связанных с этой ситуацией. Гипноз может быть использован также для восстановления контакта с травмирующим материалом путем соответствующих *внушений*. Г. а. может спонтанно возникать в процессе гипнотизации. В этом случае важно не столько дать возможность пациенту отреагировать эмоционально на негативное содержание переживаний из прошлого, сколько изменить их значимость (см. *Катарсис*).

**ГЛУБОКАЯ АНАЛИТИЧЕСКИ-ДИАЛЕКТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БИРМАНА.** Б.Н. Бирман (1884-1952), ученик И. П. Павлова, в 1930-е гг. особое внимание уделял углублению и расширению теоретических основ патогенеза и психотерапии неврозов, не отрицая ценности методов психотерапии, базирующихся на психоаналитической теории *Фрейда* (Freud S.) и *индивидуальной психологии* (*Адлера* (Adler A.)). Однако субъективно-психологическое основание указанных подходов он считал необходимым дополнить объективным изучением неврозов как особой формы поведения. Б. Н. Бирман рассматривал невроз как качественно своеобразную форму поведения, которая, по сути дела, заключается в том, что за определенной поставленной жизнью задачей следует не «высшая поведенческая реакция», а «низшая, биологическая», т. е. задача решается на более низкой ступени, чем она ставится.

Ведущую роль в формировании своеобразного стиля поведения, присущего больному неврозом, Б. Н. Бирман приписывал особой целевой социо-рефлекторной установке, которая характеризуется доминированием эгоцентрических реакций и заторможенностью (по механизму отрицательной индукции) социально-продуктивных и коллективистских реакций. Социо-рефлекторная установка обуславливает и внешние, и внутренние конфликты личности, и она же фиксирует невротические симптомы, вводя их в систему невротического поведения. Главным фактором возникновения невроза Б. Н. Бирман считал расстройство социальных связей, или «поражение социальных рефлексов», и в качестве этиологической терапии предлагал «выправление извращенной социо-рефлекторной установки невротической личности», так называемую социо-рефлексотерапию. Суггестивная и *рациональная психотерапия*, полагал Б. Н. Бирман, не задевают глубинных корней невроза и воздействуют только на внешнюю его сферу, а потому их применение является адекватным лишь в более легких случаях, при относительно нормальной установке, и заключается главным образом в чисто симптоматических изменениях. «Настоящая, большая психотерапия», с точки зрения автора, должна быть системой врачебно-воспитательных воздействий на основе анализа личности и ее поведения, психоанализа в широком смысле слова.

Подобный объективный психоанализ, или социо-рефлексогенетический анализ, предполагал выяснение социо-рефлекторной установки и ее генезиса, исследование внешних и внутренних конфликтов, выявление их связи с установкой и с симптомами болезни. Методика подобного анализа включала наблюдение за внешним поведением больного, сбор анамнеза по определенной схеме и исследование сферы бессознательного с помощью психоаналитической методики, а именно анализа сновидений и *свободных ассоциаций*. В дальнейшем полученный материал должен был использоваться для врачебно-воспитательных целей. Основными компонентами такого рода воздействия являлись *убеждение*, доказательства и нравственный контакт с больным, необходимый для психоортопедии невротически извращенного поведения.

Большое значение в системе Г. а.-д. п. Б. уделялось влиянию окружающей среды, и прежде всего коллектива как психотерапевтического фактора. Рекомендовалось проведение серии бесед в группах, состоявших из 8-10 человек, на следующие темы:

- 1) отличие невроза от других болезней, значение конфликтов, *самовнушения*, «санитарного

невежества»;

- 2) основные черты невротического поведения;
- 3) причины развития невротической асоциальной установки;
- 4) значение бессознательного в поведении человека и в неврозе;
- 5) пути преодоления невроза.

Необходимым условием успешности психотерапии Б. Н. Бирман считал диспансеризацию больных неврозами, в условиях которой возможно длительное поддерживающее лечение.

**ГОЛОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ** (греч. *holos* — весь, целый и *tropos* — поворот, направление). Данная стратегия психотерапии, разработанная Грофом (Grof S.), использует для достижения терапевтического эффекта измененные состояния сознания, вызываемые с помощью управляемого дыхания, провоцирующей музыки и других форм звукового воздействия, специфических приемов работы с телом и рисования мандал в заключительной части сеанса (произвольных рисунков — отчетов о проведенных сеансах).

Принципиальные подходы Г. т. соответствуют *психоделической психотерапии*. Дословный перевод термина Г. т. в интерпретации автора — терапия, направленная на восстановление целостности. В качестве синонима используется также термин «холономная интеграция». По автору, Г. т. — важная и эффективная альтернатива традиционной глубинной (аналитической) терапии, в центре которой вербальный обмен между психотерапевтом и человеком, который обращается за помощью. Г. т. явилась итогом тридцатилетнего изучения терапевтических возможностей измененных состояний сознания, индуцированных применением в терапевтических целях психоделических средств (ЛСД) и нефармакологических способов воздействия на сознание, в частности методики управляемого дыхания. Терапевтический смысл достижения измененного состояния сознания состоит в переживании специфического комплекса явлений: 1) биографического материала, 2) перинатальных матриц и 3) так называемого трансперсонального сознания, отражающего не только и не столько биографические причины (в динамическом смысле) проблем пациента, сколько особую трансцендентальную связь человека с окружающим миром, временем и пространством. Переживание такой космической взаимосвязи способствует раскрытию подлинной человеческой сущности и приводит к достижению полной внутренней интеграции. Гроф оспаривает современные представления врачебной (медицинской) модели психиатрии, которая рассматривает эффекты измененного состояния сознания, вызванные психоделиками, как варианты токсического психоза. По Грофу, Г. т. является весомым аргументом в пользу того, что эффекты, достигаемые при погружении в особые состояния сознания, отражают именно связь с психической жизнью человека, поскольку на сеансах Г. т. без использования фармакологических средств отмечаются те же самые феномены. В концептуальной схеме основных эффектов Г. т. описываются такие явления, как изменение размерности сознания, существование сенсорных барьеров, ограничивающих переход к более глубоким уровням бессознательного, слоеное строение подсознания, перинатальные матрицы и их динамика, трансперсональные явления психики.

Г. т., по мнению Грофа, в определенной мере подтверждает предположения *Юнга* (Jung C. G.) о коллективном бессознательном, интегрирует в себе подходы динамической психиатрии и, в частности, элементы ортодоксального *психоанализа*, некоторые эзотерические учения (*йога*, древняя китайская философия, буддизм и др.).

Гроф предлагает своеобразную архитектуру психопатологических нарушений. По сути, вводится новое понимание психологии, психопатологии и психотерапии, возникшее на базе практической работы (термином «практическая работа» Гроф подчеркивает различия Г. т. и других видов «разговорной», «вербальной», не направленной на практику психотерапии). Эта концепция психического включает пять развернутых категорий:

- 1) размерность психики и картография внутреннего пространства;
- 2) архитектура психопатологии;
- 3) эффективность механизмов терапии трансформации личности;
- 4) стратегия терапии и *самоанализ*;
- 5) сознание/материя и природа реальности.

Картография психики человека предполагает создание нового ее образа. В дополнение к традиционному представлению психоанализа о бессознательной части психики и заключенных там

биографических воспоминаниях высказывается гипотеза о существовании еще более глубоких областей бессознательного. В частности, выделяется перинатальная область психики, в которой сосредоточены переживания и образы смерти и рождения, и трансперсональная сфера, соотношенная с широким спектром переживаний, традиционно рассматриваемых как религиозные, духовные, оккультные и мистические. Логика организации (архитектоники) психического предполагает слоеное содержание бессознательных областей, разделенных сенсорными барьерами, затрудняющими доступ в более глубокие области. Активизация сенсорных каналов объясняется тем, что методы, открывающие доступ к бессознательному, в первую очередь усиливают деятельность чувственных органов. В результате и бессознательное также активизирует чувственные органы. Сенсорный барьер проявляется в неспецифических чувственных переживаниях, например человек видит основные цвета и геометрические узоры, слышит различные звенящие звуки, у него возникают тактильные ощущения в различных частях тела, он чувствует запах и вкус. Все эти переживания абстрактны, не обладают символическим смыслом и малозначимы. Сенсорные барьеры отделяют обычное сознание от биографического уровня бессознательного и разделяют между собой перинатальную область и более глубокую и труднодоступную трансперсональную сферу бессознательного. Перинатальная область бессознательного располагается за областью индивидуального бессознательного. В индивидуальном бессознательном конденсируются индивидуальные психологические травмы, незавершенные гештальты, здесь располагается биография человека. Характер процессов, протекающих на этом сравнительно неглубоком уровне бессознательной сферы, схож с теми явлениями, которые описывает *Фрейд* (Freud S.) и другие его последователи, однако в результате практической работы выявлены отличия. В частности, биографический материал может быть не только воспроизведен в памяти и реконструирован, но и пережит заново. При этом идет речь и об эмоциональных переживаниях, и о телесных ощущениях, восприятии. Отличием является и то, что релевантные воспоминания и другие элементы биографии проявляются не по отдельности, а в целом и образуют динамические конstellации — так называемые «системы конденсированного опыта», сокращенно СКО. Причем СКО включают в себя взаимосвязанно различные этапы личной биографии и не ограничиваются элементами индивидуального бессознательного. Большинство СКО динамически связаны с процессом рождения, а значит, продуцируются в более глубокой сфере — в перинатальной области бессознательного. Во время сеансов Г. т., при перемещении в перинатальную область бессознательного, интенсивность переживаний усиливается настолько, что участниками сеансов это воспринимается как процесс умирания. Боль может быть нестерпимой настолько, что человек ощущает себя как будто перешедшим границы индивидуального страдания и переживающим боль целой группы, всего человечества и даже всего живого. Переживания этого уровня обычно сопровождаются яркими физиологическими проявлениями, такими как удушье, учащенный пульс и сердцебиение, тошнота и рвота, изменение цвета кожных покровов, колебания температуры тела, спонтанное появление синяков, дрожь и судороги и пр. Это состояние рассматривается как столкновение со смертью. Подчеркивается, что при обычной аналитической работе в области биографического уровня бессознательного такие переживания возможны только в тех случаях, если человек когда-либо находился на грани жизни и смерти (состояния клинической смерти, серьезные операции, ситуации смертельной опасности). Для всех прочих опыт столкновения со смертью возможен только в условиях Г. т. В дальнейшем происходит изменение состояния, и переживания уже характеризуют процесс рождения. Этот этап перинатальных переживаний определяется как процесс борьбы со смертью и возрождение. Он является очень важным, поскольку родовая травма даже в большей степени, чем события в биографии, ответственна за формирование проблем, и ее проработка в контексте Г. т. создает предпосылки для более полноценного излечения, чем аналитическая проработка постнатальных конфликтов. Ведь именно в перинатальной области формируются СКО, которые конденсируют на себе соответствующий биографический материал. Переживания смерти и возрождения весьма сложны и разнообразны. Проявляется такой опыт в четырех типичных паттернах, или конstellациях, переживаний (Гроф, 1985), соответствующих стадиям биологического рождения. Теория и практика глубинной эмпирической терапии (обобщенное название терапевтических подходов, направленных на достижение измененных состояний сознания с целью проработки глубинных слоев бессознательного) постулируют существование гипотетических динамических матриц, управляющих процессами, относящимися к перинатальному уровню

бессознательного. Они названы базовыми перинатальными матрицами (БПМ), и им отводится значительная роль. Помимо того, что матрицы имеют свое собственное эмоциональное и психосоматическое содержание, они выступают еще и как принципы организации на других уровнях бессознательного. В частности, элементы важных СКО биографического уровня, касающихся физического насилия и жестокого обращения, угроз, разлук, боли и удушья, тесно связаны со специфическими эффектами БПМ. С другой стороны (в другую сторону бессознательного), перинатальное развертывание часто ассоциируется и с разнообразными трансперсональными элементами, такими как архетипические видения Великой Матери или Ужасной Богини-Матери, Ада, Чистилища, Рая или Царства Небесного. Перинатальные матрицы также имеют особое отношение к различным аспектам активности во фрейдовских эrogenных зонах — оральной, анальной, уретральной и фаллической. Выделяются следующие четыре перинатальные матрицы.

Первая перинатальная матрица (БПМ-1) интегрирует опыт исходного биологического единства с материнским организмом во время внутриматочного существования. Отражением активизации БПМ-1 на сеансах Г. т. являются переживания необыкновенного блаженства, «океанического» типа экстаза, единения с природой и космосом, видения Рая и Небес. При перинатальных воспоминаниях в случае нарушения внутриутробной жизни (критическое состояние плода, болезни матери во время беременности, попытка абортов и пр.) возникают, напротив, состояния тревоги и страха, видения демонических существ, болезненные переживания, дрожь, ощущение «похмелья», отравленности и пр. Связанные с этой матрицей ассоциативные воспоминания из постнатальной жизни характеризуются состоянием удовлетворенности насущных потребностей (например, счастливые дни безмятежного детства, семейное благополучие, приятные ощущения, счастливая любовь). Соответствующая активность в эrogenных зонах определяет удовлетворение либидо, либидонозное чувство во время таких занятий, как купание, качание на качелях, физическая работа и пр. При психопатологических состояниях проявления, характерные для этой матрицы, выступают, например, в параноидной симптоматике, когда в содержании бреда возникают идеи мистического союза, столкновения с мистическими силами добра и зла.

Вторая перинатальная матрица (БПМ-2) отражает процесс начала биологического рождения, его первой клинической стадии. При этом равновесие нарушается, плод испытывает периодические мышечные сокращения и сжатия, но шейка матки еще закрыта. На сеансах Г. т. и ЛСД-терапии возникают переживания «космического поглощения» (безмерные телесные муки, ощущение невыносимой и безысходной ситуации, которой нет конца), появляется чувство загнанности в ловушку, в клетку; это сопровождается видениями ада, апокалипсических войн, эпидемий, террора, мучительным чувством вины и неполноценности. Ассоциативными воспоминаниями постнатального периода являются ситуации, угрожающие жизни и целостности человеческого тела, несчастные случаи, травмы, операции, тюремные заключения, эмоциональные депривации, состояния фрустрации. БПМ-2 активизирует оральную фрустрацию, задержку кала и мочи, сексуальную фрустрацию. Психопатологические проявления, связанные с этой матрицей, выражаются в переживании «адских мук», ощущении бессмысленности мира, эндогенной депрессии, ипохондрических вариантах бреда с телесными ощущениями, в алкоголизме, наркомании, язве желудка.

Третья перинатальная матрица (БПМ-3) характеризует вторую стадию биологического процесса родов. На этой стадии сокращения матки усиливаются, но шейка матки раскрывается и плод начинает продвигаться по родовому каналу. На сеансах психоделической терапии страдания пациентов усиливаются до космических размеров; находясь на грани между болью и удовольствием, они переживают «вулканический» тип экстаза, им видятся яркие вспышки и фейерверки, садомазохистические оргии, убийства и кровавые жертвоприношения, они как бы принимают активное участие в жестоких битвах, религиозных представлениях, испытывают муки Христа и т. п. С этой матрицей связаны такие постнатальные переживания, как воспоминания о сражениях, тяготах военной службы, наблюдения за сексуальной жизнью взрослых. Активность в эrogenных зонах характеризуется самим процессом оргазма, переживаниями фаллического деторождения, эротическими ощущениями при активных физических действиях. Родственными психопатологическими синдромами являются: тревожная депрессия, тенденция к членовредительству, садомазохизм, мужской гомосексуализм, невроз навязчивых состояний, конверсионная и тревожная истерия, импотенция, фригидность.



Последняя перинатальная матрица (БПМ-4) биологически связана с процессом рождения ребенка. В соответствии с этим на психоделических сеансах ее активизация вызывает переживания резкого снижения давления и напряженности, «иллюминативный» тип экстаза, видение гигантских помещений, яркого света, чувство повторного рождения и спасения. Ассоциативно с БПМ-4 связаны такие биографические события, как счастливое избегание опасности, преодоление сложных препятствий и пр. Эрогенная активность характеризуется комплексом ощущений, свойственных состоянию после оргазма, после мочеиспускания и дефекации, после активной физической нагрузки. Родственные психопатологические синдромы: мессианский бред, идентификация с Христом, маниакальная симптоматика, женский гомосексуализм и эксгибиционизм.

В более поздних публикациях Грофа (1988) уже говорится о наличии пяти основных перинатальных паттернов. К описанным выше четырем вариантам БПМ добавлен этап «переживания безысходности и ада», который соответствует полностью развернутой первой клинической стадии родов и располагается между БПМ-2 и БПМ-3.

В строении психики выделяется еще один уровень — трансперсональная сфера, или трансбиографическая область. Она размещается глубже перинатальной и является частью психики, в которой проявляются эффекты коллективного бессознательного. Чаще всего трансперсональный опыт предваряется встречей с рождением и смертью (т. е. перинатальной областью), однако возможны случаи, когда трансперсональные элементы и сюжеты становятся доступными непосредственно. Общим знаменателем этой группы многообразных и разветвленных переживаний является ощущение выхода сознания за привычные границы Эго, времени и пространства; все переживания подразделяются на три большие категории. К первой относятся элементы, которые связаны с выходом за пределы линейного времени и интерпретируются участниками сеансов как историческая регрессия и разведка (исследование) биологического, культурного и духовного прошлого или же как историческая прогрессия, заглядывание в будущее. Ко второй категории относятся переживания, которые прежде всего характеризуются выходом за обычные пределы пространства. Элементы третьей категории характеризуются опытом, «касающимся таких областей, которые в западной культуре не считаются объективной реальностью».

В некоторых случаях люди, находящиеся в необычных состояниях сознания, переживают вполне конкретные и реалистичные ситуации, определяющиеся как утробные эмбриональные воспоминания. Примером таких ощущений может служить идентификация себя со спермой и яйцеклеткой в момент оплодотворения. Возможна более глубокая историческая регрессия, когда человек с определенной достоверностью переживает (вспоминает) события из жизни предков, людей других рас. Встречаются сообщения о перерождениях, в результате которых люди идентифицируют себя с животными, растениями и даже явлениями неживой природы. К этой категории относятся случаи видения абстрактных архетипических паттернов, интуитивное понимание универсальных символов (таких, как крест, анкх, инь—ян, свастика, пентограмма, шестиконечная звезда). Иногда оказывается возможной пространственная идентификация с любым объектом универсума, включая весь космос, слияние с любым человеком и принятие образа другой личности, идентификация с сознанием специфической группы людей вплоть до объединения всего человечества в себе.

К другой группе трансперсональных явлений относятся переживания, которые, по мнению автора, можно не только валидизировать, но и изучать экспериментально. Имеются в виду такие явления, как телепатия, психодиагностика, ясновидение, яснослышание, опыты внетелесных состояний и другие формы экстрасенсорного восприятия. Приводятся случаи, когда в измененном состоянии сознания человек переживал подобные явления, которые затем практически подтверждались. Трансперсональным переживаниям отводится значительное место в картографии психики. Перинатальный уровень является промежуточным между персональным и трансперсональным уровнями.

В работах Грофа содержится новое осмысление архитектуры психопатологических расстройств на основании приведенной картографии психики. Подчеркивается, что все существующие теории психопатологии не в состоянии объяснить должным образом строение и динамику психопатологии, поскольку не учитывают глубинных процессов, обуславливающих ее формирование. С точки зрения Грофа, лишь немногие эмоциональные и психосоматические синдромы могут быть объяснены исходя

из индивидуального динамического бессознательного, большинство же причин психопатологических проявлений располагается на перинатальном уровне бессознательного. Содержательно они связаны с травмой рождения и страхом смерти, и их разрешение требует *конфронтации* с процессом смерти—возрождения.

Предложенная концепция, по мнению автора, не только вносит вклад в науку о психическом здоровье, но и требует пересмотра современных парадигм, изучающих Вселенную в космических масштабах, микрокосмос, пространство и время, биологию и пр. Заключение о новых возможных альтернативах развития современного естествознания автором делается на основании анализа переживаний участников сеансов Г. т. С позиций предложенной концепции Г. т. объясняются такие явления, как экстрасенсорное восприятие и другие феномены, которые разрушают фундаментальные представления материалистической науки и «механистического видения мира».

Основной философской предпосылкой Г. т. является предположение о том, что каждый человек европейской культуры «функционирует гораздо ниже своих реальных потенциальных возможностей и способностей, и такое обеднение возможностей происходит из-за идентификации индивидуумом себя лишь с одним из аспектов своего бытия — физического тела и Эго». Эта ложная идентификация приводит к лишенному *аутентичности*, нездоровому и обедненному образу жизни, способствует возникновению и развитию эмоциональных и психосоматических заболеваний психологического характера. В происхождении заболеваний играют роль и механизмы дистресса, возникновение которого при отсутствии органической патологии рассматривается как сигнал того, что личность, опирающаяся на ложные предпосылки, достигла критического момента, когда «прежний образ жизни не только "не работает", но и уже несостоятелен». Следствием такого развития событий является возникновение проблем в определенной области жизни, например в браке, сексуальной сфере, профессиональной деятельности, взаимоотношениях с другими людьми и пр. Своеобразная диагностика причин заболеваний в каждом конкретном случае строится на анализе психопатологических синдромов и жизненных стереотипов с точки зрения связанности их с одним из вариантов перинатальной трагедии и специфики родовой травмы. Идея терапевтического воздействия опирается и на работы Юнга, который указывает, что психика располагает могущественным потенциалом самооздоровления, а источником целительных сил является коллективное бессознательное. Задача врача в контексте Г. т. сводится к тому, чтобы помочь добраться до глубинных слоев психики, не занимаясь рациональным рассмотрением проблемы с использованием каких-либо специфических методов изменения психической ситуации по заранее выработанному плану. Исцеление оказывается результатом диалектического взаимодействия сознания с индивидуальным и коллективным бессознательным.

Техника Г. т. опирается в первую очередь на какое-либо непосредственное переживание из описанных выше как исходное трансформирующее средство. Вербальное воздействие применяется на стадии подготовки и после окончания сеанса, чтобы усилить интеграцию переживаний. Врач создает русло работы, формирует доброжелательную рабочую обстановку и предлагает технику, которая активизирует бессознательное с помощью дыхания, музыки и других дополнительных приемов. В таких условиях имеющаяся симптоматика усиливается и из латентного состояния переходит в проявленное, становясь доступной сознанию. Задача врача — способствовать такому спонтанному проявлению, полностью доверяясь этому автономному оздоровительному процессу. Симптомы представляют собой заблокированную энергию и предельно конденсированный опыт, т. е. симптоматика не только является проблемой, но и предоставляет возможности к выздоровлению. Основная цель методов практической психотерапии состоит в активизации бессознательного, освобождении энергии, «застрявшей» в психопатологической симптоматике, и преобразовании стационарного баланса энергии, включенного в поток переживаний. При работе с бессознательным активируется та его область, которая сильнее связана с симптоматикой, при этом сама симптоматика является внешней стороной проявления СКО, центры кристаллизации которых находятся в БПМ. Г. т. раскрывает глубокие связи с трансбиографическими областями психики. Основное кредо Г. т. состоит в признании потенциала измененных состояний сознания, способных к эволюции и трансформации и обладающих оздоровительным воздействием. Переживание целостного опыта измененных состояний сознания, как правило, приводит к изменению динамического равновесия исходных симптомов, трансформируемых в поток необычных переживаний и исчезающих в этом процессе. Задача терапевта (или фасилитатора)

сводится к тому, чтобы поддерживать процесс практической работы, полностью доверяя его оздоровительной природе и не делая никаких попыток вмешательства в него.

В Г. т. были опробованы всевозможные методики и дыхательные процедуры из практики различных эзотерических школ — кундалин-йоги, сиддха-йоги, тибетской ваджраяны, суфизма и др. Оказалось, что специфические приемы и дыхательные техники менее значимы, чем процедура учащенного дыхания в сочетании с полным сосредоточением и осознанием внутренних изменений. Главная рекомендация состоит в том, чтобы прислушиваться к внутренним процессам организма и следовать им. Музыка в Г. т. имеет особое значение, поскольку не только усиливает эффект гипервентиляции, но и обладает собственным специфическим воздействием на сознание — помогает «обнаруживать» старые и забытые эмоции и выражать их, углубляет процесс Г. т. и задает смысл всему контексту переживаний. Предполагается, что наиболее эффективны качественные звукозаписи, предпочтение отдается квадрофоническому звучанию. На начальных этапах рекомендуется быстрая классическая музыка, на средних предпочтение отдается более медленному и плавному музыкальным произведениям, на последних сеансах Г. т. допустимы эксперименты с нетрадиционной для европейской культуры и современной музыкой. Варианты музыкальной программы можно обсудить с участниками сеансов Г. т. В некоторых ситуациях используется белый шум. Направленная работа с телом показана лишь в случае необходимости, чаще всего — на заключительных этапах Г. т., когда не наступает разрешения и отреагирования переживаний. Основной принцип телесного вмешательства — фиксация внимания на телесных проявлениях дискомфорта. Независимо от характера и локализации проблемы предлагается усилить симптомы (напрячь мышцы, принять положение, усиливающее боли, и т. п.). Такое напряжение необходимо сохранить как можно дольше. Неприятные ощущения могут быть даже усилены психотерапевтом с помощью массажа или надавливания на болезненную область.

Сама процедура Г. т. состоит из нескольких этапов. На подготовительном этапе происходит ознакомление с расширенной картографией психики, включая сообщения об уровнях биографических воспоминаний, элементах смерти—рождения и спектрах трансперсональных переживаний. Разъясняется процедура сеанса и возможные переживания, подчеркивается, что все они абсолютно нормальны. С точки зрения автора, это помогает снять тревогу в отношении возможной *интерпретации* переживаний как психопатологических, которая снижает их оздоровительный эффект. Разъясняются принципы работы с телом, и выбирается музыка. Основная часть сеанса проводится в затемненном отдельном помещении, изолированном от всяких внешних воздействий, создающем возможность свободы самопроявлений. На полу мягкие матрасы, подушки из мягкого материала, гигиенические пакеты для тех, у кого во время сеанса возникнет тошнота или рвота. Все участники в удобной одежде, колющие и режущие предметы и украшения убираются. Г. т. начинается с короткой *релаксации* всех частей тела и *медитации* (принимается открытая поза, предлагаются управляемые образы релаксирующего содержания). Затем психотерапевт рекомендует сосредоточиться на ощущениях «здесь и теперь». Подчеркивается необходимость отрешиться от всех прошлых переживаний и раздумий о будущем. На этом этапе в процедуру вовлекается так называемый ситтер (индивидуальный сторож участника). Его идеальная позиция должна выражаться в глубоком сосредоточении на своем подопечном и переживании чувства сострадания к нему. На заключительном этапе релаксации пациент должен сконцентрироваться на дыхании без изменения его параметров. Затем предлагается постепенно увеличить частоту дыхания, сделать его более глубоким и эффективным. Особенность техники дыхания определяется самими участниками. Роль ситтера обычно сводится к наблюдению за частотой дыхания и контролю за его большей интенсивностью, чем обычно. Если возникает необходимость напомнить, что дыхание должно быть более эффективным, рекомендуется делать это прикосновением руки к груди или плечу участника. Разговоры на этом этапе сеанса не поощряются, исключая отдельные слова и простые предложения. В дальнейшем в обязанность ситтера входит наблюдение за состоянием участника и помощь в нужные моменты (подкладывание подушек, недопущение столкновения участников между собой и т. п.). Продолжительность сеанса Г. т. не регламентируется, предполагается, что сам процесс соответствует оргастической кривой от постепенного нарастания напряжения, кульминации переживания и более-менее неожиданного разрешения. Ориентировочное время проведения — 1,5-2 часа. В заключительной части сеанса Г. т. участники обмениваются опытом переживаний, рисуют мандалы. Процедура рисования мандалы очень проста: на большом листе бумаги в контуре круга

цветными мелками наносятся произвольные рисунки. Это могут быть комбинации цветов, абстрактные рисунки или образы, отражающие переживания основной части сеанса Г. т. В дальнейшем мандала подвергается формальному анализу, в случае группового сеанса проводится коллективное обсуждение, иногда — по типу мозгового штурма. Предполагается, что анализ мандал способствует более полной интеграции переживаний. Сеансы Г. т. проводятся в виде курса. Количество сеансов и их частота определяются самим пациентом. Участие в сеансах Г. т. противопоказано сердечным больным, беременным, пациентам в послеоперационный период с незажившими ранами, больным эпилепсией, людям с органической патологией опорно-двигательного аппарата.

Теоретические и практические подходы Г. т. предлагают новую плоскость рассмотрения психопатологии и терапии, обнаруживая связь с ортодоксальным психоанализом и другими аналитическими концепциями, интегрируют в себе практику различных эзотерических учений, в том числе *биоэнергетику*, являются дальнейшей разработкой ЛСД-терапии. Ряд гипотез представляется интересным, но, безусловно, требует дальнейшей клинической проверки, поскольку в имеющейся литературе практически не говорится об эффективности Г. т. Теория и методика Г. т. обнаруживают определенное сходство с ребефингом, но более разработаны и детализированы. Сомнения возникают относительно возможностей переноса концепции Г. т. на объективные, существующие в действительности закономерности функционирования человеческой личности.

**ГРУППОВАЯ АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ФУЛКСА.** Фулкс (Foulkes S. H., 1898-1976) изучал психиатрию в Гейдельберге, Франкфурте, Мюнхене и Берлине. Среди его педагогов были Крепелин (Kraepelin E.), Бергманн (Bergmann G.), Клейст (Kleist K.) — ведущие ученые своего времени. Получив медицинское образование, он провел два года в Неврологическом институте во Франкфурте, которым руководил Гольдштейн (Goldstein K.), оказавший на Фулкса значительное влияние. Особенно привлекали его идеи о целостной реакции организма на травму у пациентов с поражением мозга, а также положения гештальт-психологии об отношениях фигуры и фона и изучения целостной ситуации, в которой находится человек (в частности, ситуации эксперимента и присутствия наблюдателя).

Из Франкфурта Фулкс переехал в Вену для изучения *психоанализа*. Его аналитиком была Дойч (Deutsch H.). Он участвовал в семинаре, где встречались молодые психоаналитики и где особым влиянием пользовался Райх (Reich W.), развивавший свои идеи о технике анализа характера. Получив квалификацию психоаналитика, Фулкс вернулся во Франкфурт, где стал директором клиники Института психоанализа. Среди его сотрудников были *Фромм* (Fromm E.) и Фромм-Райхманн (Fromm-Reichmann F.). Институт психоанализа помещался в одном здании с Институтом социологии, и психоаналитики проводили совместные семинары с социологами. Фулкс считал, что эти контакты помогли ему осознать равноценность биологических и социо-культурных факторов в человеческом сознании.

Во время Второй мировой войны Фулкс работал главным психиатром Британского военного госпиталя. Впервые в истории современной психотерапии психодинамический подход был применен для всего госпиталя. Свой опыт по внедрению принципов психотерапевтического сообщества в госпитале с частичным самоуправлением, дискуссионными группами для персонала, *психотерапевтическими группами* для пациентов, переложением ответственности за организацию своего досуга на самих пациентов и т. д. Фулкс описал в своей первой книге — «Введение в групповую аналитическую психотерапию». Основные выводы, к которым он пришел: 1) госпиталь должен функционировать как терапевтическое сообщество, его организация и деятельность должны отвечать основной задаче — восстановлению здоровья больных людей; 2) сам госпиталь как организация может «заболеть», т. е. перестать выполнять свои задачи, и тогда он сам нуждается в лечении. В этой книге автор сформулировал теоретические основы групповой аналитической психотерапии.

1. Суть человека социальна, а не индивидуальна. Каждый человек связан с миром, в котором он живет, обществом, группой, частью которой он является. Нельзя противопоставлять внутреннее и внешнее, человека и общество, тело и сознание, фантазию и реальность — такое разделение будет искусственным. Человек является частью социальной системы, и рассматривать его изолированно от других — все равно что вынуть рыбу из воды.

2. Невротическая позиция, по самой своей природе, глубоко индивидуалистична. Она, по сути,

стремится разрушить группу, поскольку является результатом несовместимости человека с его первичной группой. В то же время она является фокусом деструктивных и агрессивных тенденций.

3. Невротический симптом — это искаженное выражение конфликтов пациента, которые никогда не были четко сформулированы и поэтому недоступны памяти или вербальному выражению. С помощью симптома человек сообщает о своих жизненно важных и бессознательных конфликтах. Освобождения от симптомов не наступит, пока пациент не научится выражать их в более доступной для понимания другими форме. Остальные члены группы смогут понять человека, только если энергия (либидо), вложенная в эти симптомы, будет преобразована в нечто равнозначное и подлежащее обмену.

4. Изучить человека можно только внутри его естественной группы, в первую очередь в семье. Психиатр, анализируя жизнь пациента группы, обнаружит, что проблемы больного представляют собой лишь часть сложных проблем всей группы, он также сможет наблюдать различные ракурсы личности пациента, обнаружит, что нарушения в его психике связаны с каким-либо аспектом его жизни и его межличностными отношениями. Другими словами, психологические нарушения возникают в процессе общения и не могут быть отнесены к одному человеку в отдельности.

5. В ситуации Г. а. п. Ф. нарушения могут быть определены и прослежены в результатах их воздействия на динамические процессы в группе. Например, если пациентка впервые нарушает молчание в отсутствие психотерапевта, препятствия к тому, чтобы она говорила, частично могут быть отнесены к психотерапевту. Однако если она может разговаривать наедине с ним, ее проблема заключается в том, что она не может делить его с другими.

6. Психотерапевтический процесс может быть сравним с выработкой более четкого способа коммуникации. Этому процессу способствуют групповые факторы и техника психотерапевта: 1) находясь в группе, пациент пытается активно участвовать в общегрупповом процессе, т. е. достичь понимания окружающих и понять попытки других выразить себя; 2) психотерапевт (дирижер — в терминологии Фулкса) видит «смысл, что происходит» в динамике группы и принимает его за систему координат. Средства, которыми он располагает, — это *вербализация*, и конечной целью является выражение в четких словесных формулах того, что могут понять и разделить все члены группы. Он интерпретирует содержание взаимодействий, поведения и межличностных отношений. Эта интерпретация основывается на реальности, окружающей пациентов как внутри, так и за пределами группы, и реакциях пациентов на эту реальность, а также на отношении пациентов к самим себе и своему телу, особенно на бессознательных аспектах этих отношений.

7. Основная цель психотерапии — *инсайт* и приспособление. «Между ними есть связь: инсайт способствует приспособлению, приспособление облегчает инсайт, инсайт без приспособления мало к чему приводит, приспособление без инсайта не является полным, но может существовать. Приспособление является более важным с точки зрения терапии, инсайт — с точки зрения науки». Оба этих процесса происходят при групповой аналитической психотерапии.

8. Основной закон *групповой динамики*: важнейшей причиной, по которой пациенты, страдающие неврозами, могут подкреплять нормальные реакции друг друга и преодолевать и исправлять невротические реакции друг друга, является то, что совместно они представляют собой ту самую норму, от которой каждый из них по отдельности отклоняется.

9. Основная цель психотерапевта — обеспечить активное участие членов группы в групповом взаимодействии. Он действует как «слуга» группы, не «тащит» группу, и в его задачу входит освободить группу от *зависимости от психотерапевта*. Он стремится к тому, чтобы интерпретации в первую очередь исходили от членов группы, группа — это тот инструмент, который он использует при любой возможности. Он способствует тому, чтобы прояснять реакции и противоречия, присущие пациентам. Больному обеспечиваются ситуации, где он вынужден «встретиться» сам с собой, куда он проецирует самого себя и свои фантазии и которых он не может избежать. Так же неизбежно пациент «встретится» с другими членами группы и их проблемами, в которых он, как в зеркале, увидит свои собственные.

После Второй мировой войны Фулкс совмещал работу в госпитале с частной практикой. Он стал консультирующим психотерапевтом в известной больнице Модели в Лондоне, где организовал психотерапевтическое амбулаторное отделение, в котором он выступал в качестве *супервизора* как групповой, так и *индивидуальной психотерапии*. Он также преподавал в Лондонском институте психоанализа, основал Общество группового анализа. Свои идеи и взгляды Фулкс изложил в книгах

«Терапевтический групповой анализ» (1964) и «Групповая аналитическая психотерапия: методы и принципы» (1975). В них он рассматривал аналитическую группу как создающую возможность для взаимного *переноса*. Условия для возникновения переноса в аналитической группе созданы тогда, когда в ней формируется терпимость, не используются оценки, принимаются любые реакции пациента. Отношения между членами группы развиваются в особой атмосфере, где поведение не имеет отрицательных последствий.

1. Специфической характеристикой аналитической группы является то, что это группа, состоящая из 7-8 пациентов и психотерапевта. Такое количество участников необходимо, чтобы наблюдать психологические реакции пациентов в их социальном контексте. Группа достаточно велика, чтобы считаться репрезентативной обществу. В то же время она достаточно мала, чтобы имелась возможность отслеживать реакции каждого отдельного участника и исследовать причины их возникновения.

2. Личности участников группы проявляются через взаимодействие друг с другом. Усилия психотерапевта направлены на то, чтобы облегчить эти взаимодействия, способствуя созданию атмосферы безопасности и используя свои возможности интерпретации, а также помогая членам группы преодолевать *сопротивление*.

3. Особое внимание уделяется бессознательным аспектам духовной жизни и более примитивным реакциям. Проявляется то, что в обычной жизни остается скрытым.

Определяя психотерапевтический процесс в группе, Фулкс подчеркивал его неразрывную связь с процессом общения. Он говорил о переводе симптома на язык проблемы, которую можно вербализовать, подчеркивал значение роста взаимопонимания в группе. Автор описал продвижение к взаимопониманию от уровня символов и фантазий до уровня *осознания* смысла и значения и сравнил этот процесс с осознанием вытесненного в бессознательное в ходе индивидуального психоанализа. Фулкс выделил четыре уровня общения.

1. Уровень текущих событий — рассказ о своей жизненной ситуации, происходящее «здесь и теперь» в группе, восприятие психотерапевта как авторитетной фигуры.

2. Уровень переноса — отношения и взаимодействия членов группы рассматриваются в свете взаимных переносов. Группа может представлять собой семью, ее членов, братьев и сестер. Психотерапевт — отца или мать.

3. Уровень телесных или психических образов. Это более примитивный уровень, на котором члены группы могут отражать бессознательные элементы «Я» других участников. Члены группы могут проецировать друг в друга нежелательные и отвергаемые части своего «Я», любимые или ненавидимые внутренние объекты или части объектов. Вся группа в целом символически представляет собой мать. Фулкс также считал, что образ тела может быть отражен и представлен группой и ее членами.

4. Первичный уровень. Малоразработанная автором концепция. В его определении это уровень, на котором возникают первичные образы в соответствии с концепцией *Фрейда* (Freud S.) и особенно с представлениями *Юнга* (Jung C. G.) о коллективном бессознательном.

Уникальность аналитической группы Фулкс видел в том, что группа — это нечто большее, чем сумма составляющих ее членов.

Возникает новая психологическая реальность — «групповая душа» («psyche group»). Автор ввел понятие «матрица», подразумевая под этим коммуникационную сеть, которая не только межличностна, но и трансличностна, и надличностна. Отдельные участники, как нейроны в нервной системе, лишь узловые точки внутри определенной структуры. Это положение переключается с общим взглядом Фулкса на человека как на узелок в сети межличностных отношений. Аналитическая группа воссоздает матрицу, в которой развивается личность.

В группе воспроизводятся две основные проблемы социальной жизни: отношения человека с другими людьми и с группой в целом; урегулирование отношений группы и психотерапевта. Можно уподобить эти проблемы проблемам ребенка, налаживающего отношения с окружающим миром, матерью, как человеком, так и символом, а позже приспособляющегося к треугольной эдиповой ситуации и к существованию, присутствию, статусу и значению отца.

Анализируя функции и позицию психотерапевта в группе, Фулкс выделил следующие три аспекта.

1. «Каков он есть на самом деле». Личность психотерапевта имеет огромное значение. Гораздо важнее, каков он есть, чем что он делает. Если он достаточно уверен в себе, он не будет стремиться к тому, чтобы выглядеть безупречным, и ни в коей мере не будет разделять бессознательные фантазии группы о лидере или отце, обладающем магической властью. Он должен быть таким, каким он является на самом деле, но, безусловно, достаточно адекватным и компетентным.

2. «Что он репрезентирует». Он — объект переноса как для каждого отдельного пациента, так и для всей группы. Часто репрезентирует Сверх-Я группы либо идеальное «Я». Должен репрезентировать фундаментальный принцип аналитической ситуации, по выражению Фрейда, «олицетворять любовь к истине», а также демократические принципы, лежащие в основании групповой аналитической ситуации.

3. «Что он делает». Психотерапевт внедряет и поддерживает аналитическую атмосферу, он слушает, воспринимает, принимает. Временами он становится активным лидером группы, иногда останавливается на уровне интерпретаций, иногда только одного его присутствия достаточно для работы группы.

Фулкс подчеркивал, что не существует единой роли или методики, делающих психотерапевта хорошим специалистом. Однако осознание психотерапевтом того, что он делает, является необходимым.

**ГРУППОВАЯ ДИНАМИКА.** Совокупность внутригрупповых социально-психологических процессов и явлений, характеризующих весь цикл жизнедеятельности малой группы и его этапы — образование, функционирование, развитие, стагнацию, регресс, распад, — называется Г. д. Иначе говоря, это учение о силах, структуре и процессах, которые действуют в группе. Группа при этом рассматривается как общность людей, характеризующаяся ограниченным числом членов (до 20 человек), непосредственными контактами, распределением ролей и позиций, взаимозависимостью участников, общими целями, ценностями и нормами, а также постоянным составом.

Термин Г. д. используется:

- 1) для обозначения направления в изучении малых групп, основанного на принципах гештальт-психологии;
- 2) для характеристики процессов, происходящих в группе по мере ее развития и изменения;
- 3) для описания причинно-следственных связей, объясняющих эти явления;
- 4) для обозначения совокупности методических приемов, используемых при изучении социальных установок и межличностных отношений в группе.

Термин Г. д. имеет отношение по крайней мере к трем психологическим дисциплинам. 1) В социальной психологии Г. д. представляет собой область исследований. Ее предметом является индивид (влияние группы на его чувства, поведение, когнитивные процессы), сама группа (ее влияние как надындивидуального единства на индивида и другие группы), а также интеракция и взаимоотношения между членами группы, группой и другими организациями (институтами). 2) Г. д. обозначает также совокупность методических приемов, используемых одновременно для обучения и социально-психологических исследований. В данном случае обучающиеся являются одновременно и участниками, и наблюдателями-исследователями группового процесса. Процесс обучения происходит не только в когнитивной плоскости, но и в форме интенсивного собственного опыта. В этом плане Г. д. включается в педагогическую психологию. 3) Предметом Г. д. как области клинической психологии является теория и технические приемы, направленные на изменение межличностных отношений в группе. Педагогические и клинические аспекты Г. д. объединяются в настоящее время термином «прикладная Г.д.». Первые исследования в области Г. д. были начаты Левином (Lewin K., 1944).

В психотерапии Г. д. представляет собой научную основу для психотерапевтического процесса в группе, поскольку в терапевтических группах находят свое выражение все групповые феномены. В этом смысле специфика *групповой психотерапии* как самостоятельного метода заключается в целенаправленном использовании Г. д. в лечебных, *психотерапевтических целях*. Применительно к групповой психотерапии Г. д. рассматривается как совокупность взаимоотношений и взаимодействий между участниками группы, включая и *группового психотерапевта*. Кратохвил (Kratochvil S., 1978) определяет Г. д. как совокупность групповых действий и интеракций, характеризующих развитие, или движение, группы во времени, которая является результатом взаимоотношений и взаимодействий

членов группы, их деятельности и воздействия внешнего окружения. Хек (Hock K., 1975) рассматривает Г. д. как процесс формирования, структурирования, развития и функционирования группы, который приобретает важное значение для психотерапии. К характеристикам Г. д. относятся: цели и задачи группы; нормы группы; структура группы, групповые роли и проблема лидерства; групповая сплоченность; *напряжение в группе*; актуализация прежнего эмоционального опыта (проекция); формирование подгрупп, *фазы развития психотерапевтической группы*.

1. Цели и задачи группы. Как правило, групповой психотерапевт прямо не информирует участников о групповых целях. Формирование и принятие их членами группы создает основу для терапевтической активности. Определенная направленность действий позволяет участникам понять смысл и осознать значение групповых действий, удовлетворяет индивидуальные потребности, особенно при совпадении индивидуальных и групповых целей. Существенной проблемой в начале работы *психотерапевтической группы* является формирование собственно психотерапевтических целей и преодоление дисбаланса между общегрупповыми целями и довольно часто обнаруживающимися неконструктивными, «антипсихотерапевтическими» целями отдельных участников группы. Кратохвил следующим образом формулирует цели психотерапевтической группы: разобраться в проблемах каждого участника, помочь ему понять и изменить собственное состояние; постепенно изменять слабую приспособляемость пациента, достигая адекватной социальной адаптации; предоставлять информацию о закономерностях интерперсональных и групповых процессов как основы для более эффективного и гармоничного общения с людьми; поддерживать процесс развития личности в смысле роста своего собственного личностного и духовного потенциала; устранять болезненные признаки и симптомы.

2. Нормы группы — это совокупность правил и требований, «стандартов» поведения, регулирующих взаимоотношения и взаимодействия между ее участниками. Групповые нормы определяют, что допустимо и недопустимо в группе, желательно и нежелательно, правильно и неправильно. Нормы в ходе развития группы могут претерпевать изменения, особенно при возникновении новых сложных групповых ситуаций, но без их согласования не может быть организованной активности. Мерой интернализации участниками групповых норм может быть усилие, прилагаемое коллективом для их сохранения и защиты. К психотерапевтическим нормам обычно относят: искреннее проявление эмоций (в том числе по отношению к психотерапевту), открытое изложение своих взглядов и позиций, рассказ о своих проблемах, принятие других и терпимость по отношению к их позициям и взглядам, активность, стремление избегать оценочных суждений и пр. Важная проблема в психотерапевтической группе — формирование собственно психотерапевтических норм и преодоление, изживание «антипсихотерапевтических».

3. Структура группы, групповые роли и проблемы лидерства. Структура группы является одновременно формальной и неформальной. Неформальная структура складывается гораздо медленнее формальной, поскольку определяется интерперсональным выбором. Разные члены группы занимают различные позиции в иерархии популярности и авторитета, власти и престижа, осознают и исполняют различные роли. Шиндлер (Schindler R., 1957) описал четыре наиболее часто встречающиеся групповые роли. Альфа — лидер, который импонирует группе, побуждает ее к активности, составляет программу, направляет, придает ей уверенность и решительность. Бета — эксперт, имеющий специальные знания, навыки, способности, которые требуются группе или которые она высоко оценивает. Эксперт анализирует, рассматривает ситуацию с разных сторон, его поведение рационально, самокритично, нейтрально и безучастно. Гамма — преимущественно пассивные и легко приспосабливающиеся члены группы, старающиеся сохранить свою анонимность; большинство из них отождествляется с альфой. Омега — самый «крайний» член группы, который отстает от коллектива по причине неспособности, отличия от остальных или страха. В психотерапевтической группе встречаются также и другие роли: противник, оппозиционер, монополист, монопольный оратор, моралист, мученик, квазипсихотерапевт, любимчик, шут, «козел отпущения», агрессор, провокатор, защитник, нытик, правдолюбец, блюститель демократии. Для невротических пациентов характерны достаточно стереотипные роли. Психотерапевтическая группа предоставляет возможности для их выявления, коррекции и расширения ролевого диапазона и репертуара. Лидерство в группе — важная составляющая Г. д., тесно связанная с проблемами руководства, зависимости, подчинения и соперничества. Отношение к психотерапевту, который является формальным лидером коллектива, в разные фазы развития психотерапевтической



группы может быть различным и изменяющимся. Роль неформального лидера в группе также не является стабильной, соперничество, борьба за власть занимают существенное место в групповом процессе. Во взаимоотношениях с лидером пациенты проявляют собственные амбивалентные тенденции и установки, связанные с проблемами ответственности, безопасности, самостоятельности, руководства, зависимости.

4. Групповая сплоченность понимается как привлекательность группы для ее членов, потребность участия в группе и сотрудничество при решении общих задач, как взаимное тяготение индивидов друг к другу. Групповая сплоченность является необходимым условием действенности и эффективности групповой психотерапии. Она рассматривается также как аналог психотерапевтических отношений между пациентом и психотерапевтом в процессе *индивидуальной психотерапии*. Кратохвил указывает, что групповой сплоченности содействуют: удовлетворение личных потребностей членов группы, как актуальных, так и потенциальных; цели всей группы, которые находятся в согласии с индивидуальными потребностями; выгоды, которые из этого членства следуют; ожидание несомненной пользы; разного рода симпатии между участниками группы, их взаимное тяготение; мотивированность членов группы; дружеская, располагающая атмосфера; престиж группы; влияние групповой деятельности, соперничество с другими группами. Формирование сплоченности группы имеет важное значение для психотерапевтического процесса. Члены таких групп более восприимчивы, способны к искреннему проявлению собственных чувств в конструктивной форме (в том числе и негативных). Они готовы к обсуждению групповых конфликтов, несмотря на возникающие напряжение и неприятные переживания, проявляют неподдельную заинтересованность друг в друге и желание помочь.

5. Групповое напряжение возникает в связи с несовпадением ожиданий участников группы с реальной групповой ситуацией, несовпадением их личных устремлений, необходимостью соизмерять свои потребности, желания, позиции, установки с другими членами группы, обращением к болезненным проблемам и переживаниям. Напряжение может выражаться в агрессивности, злости, раздражении, неприятии, страхе, отчуждении. Однако напряжение в группе играет и позитивную роль как фактор, побуждающий членов группы к активности, к изменениям.

6. Актуализация прежнего эмоционального опыта (проекция). В процессе групповой психотерапии у пациентов актуализируется прежний эмоциональный опыт и прошлые стереотипы межличностных отношений во взаимодействии с окружающими. Реакция каждого участника группы на другого определяется не только влиянием конкретного человека или ситуации, но и *переносом* собственного отношения к какому-либо человеку или ситуации в прошлом на актуальную групповую ситуацию. Психотерапевтическая группа представляет собой модель той реальности, в которой находится пациент в жизни. Здесь он проявляет те же чувства, отношения, установки, типичные для него стереотипы поведения. Это предоставляет важнейший материал для психотерапевтической работы, выделения, анализа и переработки неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов, собственной невротической проблематики. Подбор состава психотерапевтической группы во многом определяется именно необходимостью создания условий для проекции, актуализации прошлого эмоционального опыта, которые предполагают как можно большую вариативность личностных особенностей, эмоционального реагирования и поведения участников группы.

7. Формирование подгрупп и их влияние на функционирование группы. В группах довольно часто наблюдается тенденция к образованию подгрупп. Подгруппы возникают согласно определенному принципу (возрастному, половому, интеллектуальному и пр.), влияя на деятельность психотерапевтической группы. Негативное воздействие оказывает «закрытость» подгрупп, их нежелание обсуждать со всеми частные проблемы. Образование подгрупп, их цели, нормы, роль в групповом процессе может быть темой продуктивной *групповой дискуссии*.

8. Фазы развития психотерапевтической группы определяются прежде всего сменой преобладающих типов взаимодействия и взаимоотношений между участниками группы, основным типом групповых интеракций.

Все описанные выше процессы и элементы Г. д. являются важнейшими темами групповой дискуссии, что позволяет выявить значимую проблематику пациента за счет анализа особенностей его взаимодействий и взаимоотношений с другими людьми и способствует осознанию индивидом своих межличностных отношений.

**ГРУППОВАЯ ДИСКУССИЯ.** Метод *групповой психотерапии*. Наряду с термином Г. д. употребляются такие понятия, как «свободная дискуссия», «неструктурированная дискуссия» и др.

Г. д. рассматривается как основная, опорная форма групповой психотерапии, по отношению к которой другие методы групповой психотерапии (*психодрама, психогимнастика, проективный рисунок, музыкотерапия*) выступают как вспомогательные. Разделение методов групповой психотерапии на основные и вспомогательные связано с представлением об их различных функциях. Так, полагают, что Г. д. в большей степени направлена на реализацию собственно психотерапевтической функции, в то время как вспомогательные методы в основном способствуют личностной диагностике. Однако такое деление в значительной степени условно. Личностная диагностика в процессе групповой психотерапии (раскрытие пациентом собственных проблем, «диагностика» их им самим, другими членами группы и психотерапевтом) и собственно процесс психотерапии (*осознание* пациентом своих проблем и конфликтов и их переработка и коррекция) тесно связаны и представляют собой единый процесс, отдельные элементы которого могут быть обособлены лишь теоретически.

Традиционно Г. д. относят к вербальным методам групповой психотерапии, так как основным средством взаимодействия здесь является вербальная коммуникация, а в центре анализа находится преимущественно вербальный материал. Подобное деление также условно, так как анализ невербального поведения, согласованности или противоречивости вербальной и невербальной коммуникации составляет существенный аспект Г. д.

Принятая в литературе классификация предполагает выделение в качестве предмета Г. д. биографию пациента, определенные темы и интеракции (межличностное взаимодействие в группе), т. е. различают биографическую, тематическую и интеракционную ориентации Г. д. В разных направлениях групповой психотерапии эти ориентации имеют разный удельный вес. Обычно в качестве ведущей выделяют интеракционную ориентацию, поскольку она определяет специфику групповой психотерапии как метода, основанного на использовании в лечебных целях *групповой динамики*, обеспечивая реализацию одного из важнейших факторов лечебного действия в рамках этого метода — *обратной связи*. Интеракционная ориентация направлена на анализ особенностей межличностного взаимодействия в группе и ситуаций, возникающих в ходе группового процесса. Биографическая ориентация предполагает обсуждение истории жизни пациента, отдельных эпизодов и событий его биографии, его проблем, конфликтов, отношений, установок, особенностей поведения на протяжении жизни. Тематическая ориентация концентрирует внимание группы на актуальных для большинства участников общих темах. Однако на практике активность группы бывает различной: в течение одного сеанса могут затрагиваться как актуальные проблемы деятельности группы, так и темы, связанные либо с историей жизни отдельного пациента, либо с общими для всех проблемами и трудностями. Это означает, что в процессе одного сеанса, как правило, можно наблюдать неоднократные изменения ориентации Г. д. Так, интеракционно ориентированное вначале занятие (например, обсуждение ролевой структуры группы и конкретных ролей и позиций ее участников) может в дальнейшем принять биографическую направленность с концентрацией внимания на одном из пациентов (играющем в этой структуре важную роль) и привлечением биографического материала для того, чтобы показать пациенту повторяемость его реакций, способов поведения, характерных ролей, позиций, установок, конфликтов и помочь ему понять более глубокие причины собственного поведения. Точно так же обсуждение биографии отдельного пациента может привести в дальнейшем как к анализу его актуального поведения в группе и групповых ситуациях, так и к концентрации внимания на общих темах, актуальных и важных для остальных участников. Таким образом, биографическая ориентация меняется либо на интеракционную, либо на тематическую. Например, пациент, рассказывая о своей жизни, уделяет много внимания своим сложным отношениям с родителями, а группа в дальнейшем может перейти к обсуждению поведения этого пациента в актуальной ситуации в группе — с другими ее участниками или психотерапевтом — или к разбору общей темы взаимоотношений детей и родителей на опыте каждого участника группы. Как показывает практика, полиориентированность группового сеанса является не только более естественной и характерной для группового процесса, но и более эффективной.

Существующая тенденция к игнорированию биографической направленности Г. д. в значительной степени ограничивает лечебный, психотерапевтический материал данного метода и не

является оправданной ни в практическом, ни в теоретическом плане. Так, при анализе *общих факторов психотерапии* (в частности, факторов, характеризующих стратегию психотерапевта вне зависимости от теоретической ориентации) большинство исследователей указывают на сочетание в процессе психотерапевтической работы принципов «там и тогда» и «здесь и теперь» (т. е. использование в ходе психотерапии как материала, связанного с историей жизни пациента и его межличностным взаимодействием в реальной жизни, так и с актуальным поведением и межличностным взаимодействием в процессе психотерапии) как важное условие эффективности психотерапии. Безусловно, опора на анализ группового взаимодействия, обратная связь, содержащая информацию об актуальном поведении пациента, являются основой Г. д. Однако содержание обратной связи становится более достоверным и убедительным для пациента, если он имеет возможность соотнести эту информацию с прошлым жизненным опытом. Процесс осознания облегчается, если непосредственное эмоциональное переживание и новая информация могут быть дополнены анализом собственных переживаний, собственного поведения, характерных отношений и установок, проявляющихся в реальной жизни вне группы. При этом наиболее конструктивным представляется не изолированное обсуждение биографии пациента (иногда в группе каждый участник по очереди, по кругу рассказывает о себе), а спонтанное обращение к биографическому материалу на основании анализа группового взаимодействия.

**ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Психотерапевтический метод, специфика которого заключается в целенаправленном использовании *групповой динамики*, т. е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и *группового психотерапевта*, в лечебных целях.

Принципиально Г. п. не является самостоятельным направлением в психотерапии, а представляет собой лишь специфический метод, при использовании которого основным инструментом психотерапевтического воздействия выступает группа пациентов, в отличие от *индивидуальной психотерапии*, где таким инструментом является только психотерапевт. Наряду с другими психотерапевтическими методами Г. п. (точно так же, как и индивидуальная форма) применяется в рамках различных теоретических ориентаций, которые и определяют ее своеобразие и специфику: конкретные цели и задачи, содержательную сторону и интенсивность процесса, тактику психотерапевта, психотерапевтические мишени, выбор методических приемов и пр. Все эти переменные во многом объясняются также нозологической принадлежностью контингента больных, принимающих участие в *психотерапевтической группе*. В качестве самостоятельного направления в психотерапии Г. п. выступает лишь в том смысле, что рассматривает пациента в социально-психологическом плане, в контексте его взаимоотношений и взаимодействий с окружающими, раздвигая тем самым границы психотерапевтического процесса и фокусируясь не только на индивиде и его внутриличностной проблематике, но и на индивиде в совокупности его реальных взаимоотношений и взаимодействий с окружающим миром. Взаимоотношения и взаимодействия, в которые вступает пациент в группе, в значительной степени отражают его истинные взаимоотношения, так как группа выступает как модель реальной жизни, где пациент проявляет те же отношения, установки, ценности, те же способы эмоционального реагирования и те же поведенческие реакции. Использование групповой динамики направлено на то, чтобы каждый участник имел возможность проявить себя, а также на создание в группе эффективной системы *обратной связи*, позволяющей пациенту адекватнее и глубже понять самого себя, увидеть собственные неадекватные отношения и установки, эмоциональные и поведенческие стереотипы, проявляющиеся в межличностном взаимодействии, и изменить их в атмосфере доброжелательности и взаимного принятия.

Г. п. отличают от *групповой терапии*, психотерапии в группе, *коллективной психотерапии*. Последние предполагают по сути дела использование любого психотерапевтического метода в группе пациентов (*гипноз, аутогенная тренировка, убеждение, переубеждение* и пр.). В этом случае психотерапевт воздействует психологическими средствами на большое количество пациентов одновременно, однако не использует систематически в лечебных целях ситуации, взаимоотношения и взаимодействия, возникающие между пациентами. История развития Г. п. есть движение от групповой терапии к Г. п., т. е. к пониманию и использованию в *психотерапевтических целях* групповых эффектов. С начала существования медицины для оказания помощи больным целители применяли

методы психологического воздействия, широко пользуясь в этих целях группой. Проявляющиеся в группах ожидания, ориентации, эмоции, чувства надежды, вера в компетентность целителя и эффективность применяемых процедур увеличивали состояние аффективного напряжения, возрастающего по мере «эмоционального заражения» участников, и способствовали податливости пациентов к его воздействию и влиянию. Воздействие заключалось прежде всего во *внушении*, которое обращено к эмоциональной сфере больного и, минуя его рациональное, критическое мышление, оказывало полезное влияние на его самочувствие и психофизиологическое состояние и, как следствие, на социальное функционирование. Примером оказания группой положительного влияния на психическое здоровье могут служить опыты австрийского психиатра *Месмера* (Mesmer F. A.), которого иногда называют «творцом теории и практики психотерапии, в том числе и групповой». В дальнейшем многие выдающиеся ученые и врачи использовали различные психотерапевтические методы в группе больных, обосновывая целесообразность и эффективность такого подхода. Первым, кто обратил внимание на терапевтические возможности применения группового взаимодействия, был американский врач Пратт (Pratt J.), который в 1905 г. впервые организовал психотерапевтические группы для больных туберкулезом. Первоначально Пратт рассматривал группу как экономически более удобный способ информирования пациентов о здоровье и болезни, об образе жизни и отношениях, способствующих выздоровлению, и не вычленил ее собственно терапевтических возможностей. В дальнейшем он пришел к убеждению, что в психотерапии главная роль принадлежит группе, воздействие которой заключается в эффективном влиянии одного человека на другого, в возникающих в группе взаимном понимании и солидарности, способствующих преодолению пессимизма и ощущения изоляции.

Практически все психотерапевтические направления XX в. так или иначе использовали групповые формы и внесли определенный вклад в развитие Г. п. Особое место в этом ряду принадлежит психоаналитическому и гуманистическому направлениям. Так, *Адлер* (Adler A.) обратил внимание на значение социального окружения в проявлении нарушений у пациентов. Он считал, что группа представляет собой соответствующий контекст для выявления эмоциональных нарушений и их коррекции. Полагая, что источник конфликтов и трудностей пациентов в неправильной системе их ценностей и жизненных целей, он утверждал, что группа не только может формировать взгляды и суждения, но и помогает их модифицировать. Работая с группой пациентов, Адлер стремился добиться понимания пациентами генеза их нарушений, а также трансформировать их позиции. Развитию психоаналитически-ориентированной Г. п. способствовали своими работами Славсон (Slavson S. R.), Шильдер (Schilder P.), Вольф (Wolf A.) и др. Существенный вклад в развитие Г. п. внес основатель *психодрамы* *Морено* (Moreno J.L.), которому приписывают и введение самого термина Г. п. Среди представителей гуманистического направления особое место занимает *Роджерс* (Rogers C. R.). Выделяя в качестве основных переменных психотерапевтического процесса *эмпатию*, безусловное положительное принятие и *аутентичность*, Роджерс придавал большое значение групповым формам, считая, что психотерапевт в них является моделью для участников, способствуя тем самым устранению тревоги и развитию самораскрытия, что отношения, складывающиеся между участниками группы, могут создавать оптимальные условия для терапевтических изменений. Большое влияние на развитие Г. п. оказали работы Левина (Lewin K.) в области групповой динамики, который полагал, что большинство эффективных изменений происходят в групповом, а не в индивидуальном контексте. Левин и его последователи рассматривали личностные расстройства как результат и проявление нарушенных отношений с другими людьми, социальным окружением. Они видели в группе инструмент коррекции нарушенных взаимодействий, поскольку такая коррекция происходит в процессе социального обучения. Этот процесс облегчается и ускоряется, в частности, благодаря раннему выявлению в групповом контексте типичного для отдельных участников неадаптивного межличностного поведения. Главным содержанием работы групп становится анализ типовых образцов взаимодействия, сопоставление поведения в актуальной ситуации «здесь и теперь» с его характером и последствиями в прошлом. Благодаря тактичному участию психотерапевта, который поощряет и направляет дискуссию, способствуя появлению атмосферы доброжелательности и сотрудничества, такая аналитическая работа облегчает переживание *коррективного эмоционального опыта*, неизбежного для протекания процесса обучения. Необходимо также указать таких видных теоретиков и практиков в области Г. п., как Хёк (Hock K.), Ледер (Leder S.), Кратохвил (Kratochvil S.), которые, работая в Восточной Европе, оказали

большое влияние на развитие Г. п. в России.

Цели и задачи Г. п. как метода, ориентированного на личностные изменения, в определенной степени различаются в зависимости от теоретических представлений о личности и природе ее нарушений, однако опора на групповую динамику существенно сближает позиции. В самом общем виде цели Г. п. определяются как раскрытие, анализ, *осознание* и переработка проблем пациента, его внутриличностных и межличностных конфликтов и коррекция неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия. Учитывая три плоскости ожидаемых изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую), более конкретные задачи групповой психотерапии можно сформулировать следующим образом:

1. Познавательная сфера (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание). Г. п. должна способствовать тому, чтобы пациент осознал: 1) связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением своего заболевания; 2) какие ситуации в группе и реальной жизни вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление симптоматики; 3) связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усилением симптоматики; 4) особенности своего поведения и эмоционального реагирования; 5) как он выглядит со стороны, как воспринимается его поведение другими, как оценивают окружающие те или иные особенности поведения и эмоционального реагирования, как откликаются на них, какие последствия это поведение имеет; 6) существующее рассогласование между собственным образом «Я» и восприятием себя другими; 7) собственные мотивы, потребности, стремления, отношения, установки, особенности поведения и эмоционального реагирования, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности; 8) характерные защитные механизмы; 9) внутренние психологические проблемы и конфликты; 10) особенности межличностного взаимодействия, межличностные конфликты и их причины; 11) более глубокие причины переживаний, способы реагирования, начиная с детства, а также условия и особенности формирования системы отношений; 12) собственную роль, меру своего участия в возникновении и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также то, каким путем можно было бы избежать их повторения в будущем. В целом задачи интеллектуального осознания сводятся к трем следующим аспектам: осознание связей «личность—ситуация—болезнь», осознание интерперсонального контекста собственной личности и осознание генетического (исторического) плана.

2. Эмоциональная сфера. Г. п. должна помочь пациенту: 1) получить *эмоциональную поддержку* со стороны группы и психотерапевта, что приводит к ощущению собственной ценности, ослаблению защитных механизмов, росту открытости, активности и спонтанности; 2) пережить в группе те чувства, которые он часто испытывает в реальной жизни, воспроизвести те эмоциональные ситуации, которые были у него в действительности и с которыми ранее он не мог справиться; 3) пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций; 4) научиться искренности в отношении к себе и другим людям; 5) стать более свободным в выражении собственных негативных и позитивных чувств; 6) научиться более точно понимать и вербализовать свои чувства; 7) раскрыть свои проблемы с соответствующими им переживаниями (зачастую ранее скрытыми от самого себя или искаженными); 8) модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия себя самого и своих отношений с другими; 9) произвести эмоциональную коррекцию своих отношений. В целом задачи в эмоциональной сфере охватывают следующие основные аспекты: получение эмоциональной поддержки и формирование более благоприятного отношения к себе, непосредственное переживание и осознание нового опыта в группе и самого себя; точное распознавание и *вербализация* собственных эмоций; переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта и получение нового эмоционального опыта в группе.

3. Поведенческая сфера. Г. п. должна помочь пациенту: 1) увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы; 2) приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения; 3) преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в группе, в том числе связанные с избеганием субъективно сложных ситуаций; 4) развивать формы поведения, связанные с сотрудничеством, взаимопомощью, ответственностью и самостоятельностью; 5) закрепить новые формы поведения, в частности, те, которые будут способствовать адекватной адаптации и

функционированию в реальной жизни; 6) вырабатывать и закреплять адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах. В общем виде задачи Г. п. в поведенческой сфере могут быть определены как формирование эффективной саморегуляции.

Таким образом, задачи Г. п. фокусируются на трех составляющих самосознания: самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект), что позволяет определить общую цель Г. п. как расширение сферы самосознания пациента. В принципе задачи любой психотерапевтической системы, ориентированной на личностные изменения, могут быть сформулированы таким образом. Однако в Г. п. основным инструментом лечебного воздействия выступает психотерапевтическая группа, позволяющая выйти на понимание и коррекцию проблем пациента за счет межличностного взаимодействия, групповой динамики. Групповая динамика есть совокупность групповых действий и интеракций, возникающая в результате взаимоотношений и взаимодействия членов группы, их деятельности и влияния внешнего окружения, и представляет собой развитие, или движение, группы во времени. В общем виде групповую динамику определяют цели, задачи и нормы группы, ее структура, структура лидерства в ней, групповые роли, сплоченность группы, групповое напряжение, актуализация прежнего эмоционального опыта, формирование подгрупп, главные виды вербальной коммуникации в группе. Все элементы групповой динамики обсуждаются в процессе работы, так как в них наиболее ярко выражается специфика системы отношений, установок, особенностей поведения и др., и могут рассматриваться при этом как основные темы *групповой дискуссии*.

Опора на групповую динамику и межличностное взаимодействие, представляющая собой фокусировку работы группы на процессе «здесь и теперь», иногда формирует точку зрения, согласно которой Г. п. направлена на переработку конфликтов в сфере межличностного взаимодействия, в то время как индивидуальная — на раскрытие и переработку глубинного, внутриличностного конфликта. Однако Г. п. в рамках конкретного психотерапевтического направления решает те же задачи, что и индивидуальная, но с помощью своих средств. Если психотерапия имеет своей целью раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию неадекватных, нарушенных отношений личности, обусловивших возникновение и субъективную неразрешимость его, то эта цель является общей и для индивидуальной психотерапии, и для Г. п. Трудности в сфере межличностного взаимодействия, межличностные конфликты в значительной степени являются следствием глубинных коллизий и нарушенных отношений личности. В межличностных конфликтах «высвечиваются» скрытые и неосознаваемые психологические проблемы. Воздействие только на межличностном уровне представляет собой скорее *поведенческий тренинг*, поскольку задачи психотерапии сложнее и глубже. Отличие индивидуальной психотерапии и Г. п., при наличии общих задач, заключается в том, что Г. п. в большей степени акцентирует внимание на межличностном аспекте, а индивидуальная — на историческом. Однако лишь в большей степени, а не исключительно. В Г. п. внутренний психологический конфликт и нарушенные отношения личности раскрываются через их непосредственное отражение в реальном поведении пациента в группе. В то же время Г. п., несмотря на доминирующую интеракционную направленность, не ограничивается актуальной ситуацией «здесь и теперь». Адекватная коррекция нарушенных отношений личности может быть осуществлена пациентом лишь в том случае, если весь комплекс психологических особенностей, проявляющийся в процессе группового взаимодействия, соотносится с его реальной ситуацией и проблемами вне группы, позволяет реконструировать особенности взаимоотношений в ситуациях «там и тогда». Закономерная повторяемость, стереотипность конфликтных ситуаций, особенностей поведения и эмоционального реагирования в группе и вне ее, в настоящем и прошлом делают для пациента более наглядным и убедительным содержание обратной связи, получаемой в группе. Это способствует созданию устойчивой мотивации к самоисследованию и коррекции своих отношений, позволяет вычленивать то, что стоит за поведением в различных ситуациях. Следствием представления, что процесс Г. п. должен ограничиваться ситуацией «здесь и теперь», может быть лишь уменьшение эффективности психотерапевтического воздействия. Один из важнейших *механизмов лечебного действия групповой психотерапии* — возникновение и переживание пациентом в группе тех эмоциональных ситуаций, которые были у него в реальной жизни в прошлом и являлись субъективно неразрешимыми и неотреагированными, — предполагает переработку прошлого негативного опыта, проявляющегося в

актуальной эмоциональной ситуации в группе, без которой невозможно добиться позитивных, достаточно глубинных личностных изменений. Адекватное самопонимание также не может быть достигнуто вне общего контекста формирования и развития личности пациента. Как Г. п. не ограничивается межличностным уровнем, так и индивидуальная психотерапия не сводится только к осознанию с помощью исторического анализа. В индивидуальной психотерапии, так же как и в групповой, и реальное эмоциональное взаимодействие (в группе или психотерапевтической диаде), и рассказ пациента о себе, своей жизни, своем прошлом в определенной степени отвечают принципу «здесь и теперь». Во-первых, вербальная активность (или неактивность) пациента обусловлена его актуальным взаимодействием с психотерапевтом (группой): доверием или недоверием, ощущением угрозы или безопасности, желанием вызвать сочувствие, найти понимание, контакт, сотрудничать или перенести всю ответственность за лечение на психотерапевта. Во-вторых, рассказ о своем прошлом, воспоминания зачастую также вызывают сильные эмоции, сопоставимые с теми, которые возникали в реальной ситуации. Однако рассказ о прошлом может не только спровоцировать сильные актуальные переживания, но и способствовать адекватной и точной их вербализации и осознанию. Поэтому ограничение психотерапевтического процесса в индивидуальной психотерапии только историческим планом, а в групповой — только межличностным, так же как и чрезвычайно узкое понимание термина «здесь и теперь», представляется необоснованным.

Большинство исследователей процесса Г. п., а также практики в этой области описывают определенные закономерности развития психотерапевтического процесса в группе и наличие достаточно четко очерченных фаз его. Этот процесс начинается со стадии зависимого и поискового поведения, проходит через период возникновения, обострения и разрешения внутригрупповых конфликтов и продвигается к формированию групповой сплоченности и эффективному решению проблем. Наличие различных схем определяется как разными теоретическими ориентациями, так и разными параметрами, изучение которых послужило основанием для выделения определенных фаз группового психотерапевтического процесса (см. *Фазы развития психотерапевтической группы*). Однако на описательном уровне здесь обнаруживается гораздо больше сходства, чем различий. Первая фаза групповой психотерапии характеризуется пассивностью пациентов и высоким уровнем напряжения, обусловленного преимущественно несовпадением ожиданий с реальной групповой ситуацией и позицией психотерапевта.

Для второй фазы также свойствен высокий уровень напряжения (специфика которого заключается, как правило, в наличии негативных эмоций по отношению к психотерапевту) в сочетании с более высокой активностью пациентов. Конструктивным разрешением этой кризисной стадии можно считать открытое выражение пациентами своих чувств и обсуждение в группе проблем, связанных с авторитетами, зависимостью, поисками поддержки, недостаточной самостоятельностью и ответственностью, неуверенностью. Третья фаза характеризуется процессом структурирования группы, развитием групповой культуры, выработкой групповых норм, целей, ценностей, формированием сплоченности, взаимопомощи и взаимоподдержки. Четвертая фаза является «рабочей» — фазой активно и целенаправленно работающей психотерапевтической группы. Возникшие в предыдущей фазе сплоченность, искренность, спонтанность, заинтересованность, чувство безопасности создают необходимые условия для собственно психотерапевтического процесса в группе.

При рассмотрении лечебного эффекта Г. п. выделяют разнообразные механизмы, или факторы, лечебного действия, которые располагаются в 3 основных плоскостях: эмоциональное переживание, самопонимание и регуляция поведения. В зависимости от теоретической ориентации представители различных направлений придают большее или меньшее значение каждому из них, подчеркивая при этом и определенную роль двух других. В качестве основных механизмов лечебного действия Г. п. могут рассматриваться коррективный эмоциональный опыт, *конфронтация* и *научение*.

Важную роль в Г. п. играет поведение группового психотерапевта, которое в значительной степени определяется теоретической ориентацией, но в целом его позиция может быть охарактеризована как недирективная. Основные задачи группового психотерапевта можно сформулировать следующим образом: 1) побуждение членов группы к проявлению отношений, установок, поведения, эмоциональных реакций и их обсуждению и анализу, а также к разбору предложенных тем; 2) создание в группе условий для полного раскрытия пациентами своих проблем и

эмоций в атмосфере взаимного принятия, безопасности, поддержки и защиты; 3) разработка и поддержание в группе определенных норм, гибкость в выборе директивных и недирективных техник воздействия. Средства воздействия, используемые групповым психотерапевтом, можно условно разделить на 2 вида: вербальные и невербальные. К вербальным относятся структурирование хода занятий (одна из важнейших функций психотерапевта), сбор информации, *интерпретация* (отражение эмоций, кларификация, конфронтация, собственно интерпретация), убеждение и переубеждение, предоставление информации, постановка заданий. В данном случае речь идет не столько об активности психотерапевта, сколько о стимуляции членов группы к определенному виду активности. К невербальным средствам относятся мимика, жестикация, интонация. Предпочтительным в плане руководства психотерапевтической группой является наличие в ней двух психотерапевтов, что позволяет каждому из них получать обратную связь относительно своего поведения в группе. В этом случае психотерапевты профессионально контролируют друг друга и могут обратить внимание на собственные искажения в понимании группового процесса и возможный *контрперенос*. *Котерапевтом* часто выступает менее опытный, начинающий групповой психотерапевт, который, участвуя в работе, приобретает опыт в области Г. п. Ведение групп психотерапевтами, находящимися на одинаковом профессиональном уровне, также распространенное явление. Наиболее предпочтительным представляется вариант работы в психотерапевтической группе 2 психотерапевтов: врача и психолога, мужчины и женщины.

Методы Г. п. условно подразделяются на основные и вспомогательные. Основным является групповая дискуссия, имеющая 3 главные ориентации — интеракционную, биографическую и тематическую. К вспомогательным методам относятся *психодрама* (разыгрывание ролевых ситуаций), *психогимнастика* (невербальное межличностное взаимодействие), *музыкотерапия* (в активной и рецептивной формах), *проективный рисунок* (рисование на определенную тему). Каждый из указанных методов может использоваться и как вспомогательный прием, но в данном случае речь идет о комплексе, применяемом в работе с одной психотерапевтической группой. Опорной формой Г. п. является групповая дискуссия, а вспомогательные методы можно использовать как дополнительный прием в ходе дискуссии и как отдельное занятие. Сочетание групповой дискуссии с различными вербальными и невербальными вспомогательными приемами определяется конкретной групповой ситуацией и фазой развития группы. В зависимости от этого может изменяться удельный вес разных вербальных и невербальных методов, а также содержание и структура занятий. Например, в начальной фазе Г. п., когда существует выраженная дистанция между пациентами и страх перед ее преодолением, когда поведение пациентов характеризуется напряженностью и неуверенностью, полезно увеличить объем невербальных приемов, в частности психогимнастики. Иногда в начале работы группы применяются преимущественно психодраматические техники (разговор со значимым человеком, «социальный атом» и др.). Вспомогательные вербальные и невербальные методы часто используются в группе для разрешения трудных ситуаций. Их применение в ходе групповой дискуссии позволяет обратить внимание группы и отдельных пациентов на характерные особенности и способы поведения, вскрыть существующие взаимоотношения и сделать их более наглядными, оживить процесс взаимодействия, дать дополнительный материал для анализа проблем группы в целом и каждого пациента в отдельности.

Продолжительность курса Г. п. зависит от теоретической ориентации, нозологической принадлежности и типа лечебного учреждения. В среднем это 40 сеансов по 1,5 часа каждый. Психотерапевтическая группа состоит из 8-12 человек и, как правило, гомогенна по нозологическому признаку и гетерогенна в отношении других характеристик (пол, возраст, образование, психологические особенности, специфика психологического конфликта и др.).

Г. п. используется в комплексном лечении самых разнообразных контингентов больных (неврозы, алкоголизм и наркомании, психозы, психосоматические расстройства, хронические соматические заболевания и др.). Применение Г. п. определяется прежде всего ролью психогенных факторов в этиопатогенезе заболевания и его психологическими и социально-психологическими последствиями. Эти сведения приведены в соответствующих статьях, посвященных психотерапии в различных областях медицины.

**ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ.** Г. п. п. рассматривается как серия



межличностных интеракций в малой группе, нацеленных на формирование у участников адекватной самооценки и целостной Я-концепции, *конфронтацию* с собственными неосознаваемыми проблемами, распознавание неадекватных паттернов эмоционально-поведенческого реагирования и неиспользованных личностных ресурсов, раскрытие своих переживаний и их *вербализацию*, совершенствование навыков контроля за ситуацией, научение строить отношения с другими во взаимодовольствующей манере (Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А., 1990).

В настоящее время Г. п. п. с нарушениями адаптации, невротическими, соматоформными расстройствами и нарушениями личности распространена во многих странах мира и относится к наиболее эффективным и экономичным методам психотерапии. Препятствием в использовании метода Г. п. п. в одних случаях являются недостаточная спонтанность и гибкость психотерапевтов, их страх перед экспрессией подростков, в других случаях — отсутствие кадров детских и подростковых психотерапевтов, системы оказания им психотерапевтической помощи, как это имеет место в России (Захаров А. И., 1982; Эйдемиллер Э. Г., 1988, 1994; Sifneos P. E., 1979).

Все существующие методы Г. п. п. (а их около 100) делятся на 3 вида: образовательные, аналитические и основанные на действии. К последнему виду относят аналитическую *психодраму*, *гештальт-терапию* и др. Для подростков наиболее адекватными являются модели *групповой психотерапии*, основанные на действии. Это связано с такими психологическими их особенностями, как стремление к группированию, потребность в интимности и кооперации, тревога, вызванная открытием субъективного мира и формированием образа «Я», тяга к расширению диапазона ролевого поведения, сохраняющаяся с детства конкретность мышления и эмоциональная непосредственность. Но именно из-за этих психологических особенностей применение методов группового анализа и *разговорной психотерапии* в подростковой психиатрии существенно ограничено (Tausch R., 1973).

По продолжительности работы выделяют 2 вида Г. п. п.: долгосрочную (60 и более часов) и краткосрочную (от 20 до 28 часов) (Эйдемиллер Э. Г., 1994). Показания к Г. п. п. широки. Это невротические и личностные расстройства, алкоголизм, нарко- и токсикомании, нарушения адаптации, психические заболевания, среди которых различные формы шизофрении и эпилепсии (Ериш М. И., Каубиш В. К., Эткинд А. М., 1978). Противопоказания к Г. п. п. относительно и в значительной мере обусловлены личностными и профессиональными качествами психотерапевта. Потребность подростков в краткосрочной групповой психотерапии существенно возросла за последнее десятилетие (Кулаков С. А., 1994). Обстоятельств, способствовавших этому, несколько: 1) объем долговременной памяти у детей, в том числе и подростков, существенно меньше, чем у взрослых; результаты, достигнутые группой на одном занятии, через несколько дней могут быть либо забыты, либо восприняты искаженно; 2) подростку трудно долго ожидать результата психотерапии; если после 2 сеансов групповой психотерапии у участников не появляется ощущения, что терапевтические цели достижимы, наступает разочарование и подчас появляется желание покинуть группу; 3) *краткосрочная психотерапия* по сравнению с долгосрочной имеет меньше шансов превратиться в своеобразную «экологическую нишу» для подростков, альтернативу их жизни в окружении сверстников со множеством обязанностей и потребностью в рекреации. При долгосрочной модели Г. п. п. группа работает 3-4 раза в неделю по 1,5 часа в течение 3 месяцев, краткосрочная *психотерапевтическая группа* — 4 часа ежедневно в течение 5-7 дней. Состав группы 8-12 участников обоих полов. При подборе пациентов следует ориентироваться скорее на психологическую зрелость, чем на паспортный возраст. Вместе с 16-18-летними мальчиками в группу могут быть включены 14-16-летние девочки, опережающие первых по темпу созревания. Разница в возрасте между подростками одного пола не должна превышать 1 — 2 лет. При обеих моделях Г. п. п. групповая и личностная динамика оказывается сходной, но интенсивность процессов изменения более высокая в краткосрочных группах.

В первой фазе — фазе ориентации — происходит образование группы как целого, пациенты принимают правила работы, предлагаемые психотерапевтом. Участники группы выполняют упражнения, которые помогают им сплотиться, развивают их коммуникативные возможности, эмпатические навыки, тренируют способность выражать и «читать» эмоции. Для этого используются такие игры, как рукопожатие, передаваемое по кругу, называние имен вместе с «переброской» воображаемого мяча, «передачи» воображаемого предмета, а также приемы «Броуновское движение», «Горная тропа», «Лунные локаторы», «Розовый крокодил»; способствуют этому раскрытие

коммуникативного значения вопросов, описательный язык и т. п. При выполнении «Броуновского движения» все участники соединяют пальцы рук на затылке и выставляют локти вперед (это своеобразные «валентности») и, вообразив себя атомом, начинают хаотически передвигаться. Психотерапевт дирижирует темпом выполнения упражнения репликами типа: «Температура 10°... 40°... 60°... 100°». Периодически он предлагает участникам соединиться «валентностями» по 2, 4, 6 человек, всем вместе. Упражнение тренирует внимание, обеспечивает телесное соприкосновение и способствует возникновению чувства принадлежности к группе, снижает уровень тревоги у участников. Упражнение «Лунные локаторы» преследует те же цели, что и «Броуновское движение», и отвечает требованиям, предъявляемым к подбору игр в детских и подростковых группах, — играть без проигрыша. Ведущий поднимает руки вверх, согнув их в локтях, и говорит: «Это антенны. Поднимите свои антенны вверх. Так, теперь опустите. Я, лунный локатор Иван, вызываю лунного локатора Светлану». При этом ведущий поднимает руки; это же должна сделать Светлана, а соседи Ивана и Светланы должны поднять по одной руке. В свою очередь Светлана вызывает кого-либо и т. д. Если кто-то ошибся в приеме передачи, то он переходит на роль лунохода, становится на четвереньки и получает право кричать, толкаться, всячески дезорганизовывать игру. В игре «Розовый крокодил» группа делится на 2 команды. Каждая загадывает какое-нибудь эмоциональное состояние, например восторг, страх, тревогу, или какую-то ситуацию. Потом команды по очереди проигрывают свои этюды без слов. Преимущество этого упражнения перед парными приемами проигрывания эмоций заключается в большей безопасности. Вторая фаза, обычно называемая негативно-агрессивной (Карвасарский Б. Д., Ледер С., 1990; Kratochvil S., 1978), определена Э. Г. Эйдемиллером и А. И. Вовком как стадия переформулирования целей и перераспределения ответственности. Поскольку достижения каждого участника группы зависят от его внутренней мотивации на *осознание* проблемы и ее решение, то методом опроса психотерапевт выясняет, какой процент ответственности каждый подросток берет на себя, а что оставляет группе или психотерапевту. Прояснить, какие скрытые чувства друг к другу и к психотерапевту есть у участников группы, можно с помощью социографических игр и приемов, инсценирования сказок, терапевтических метафор. Уточняются цели, которые хочет достигнуть каждый участник и группа в целом.

В третьей фазе — фазе решения индивидуальных проблем — с помощью приемов аналитической психодрамы, гештальт-экспериментов участники группы имеют возможность осознать и разрешить свои проблемы.

В краткосрочной Г. п. п. граница между третьей и четвертой фазами весьма условна. В четвертой фазе — фазе экзистенциального выбора — участники, как правило, углубленно прорабатывают проблемы полоролевой идентичности и эффективности в семейных ролях и в роли «какой я есть на самом деле». Стиль поведения психотерапевта в краткосрочной Г. п. п. директивный, в долгосрочной — меняется от роли «активного руководителя» к роли «посредника» и «члена группы».

При разработке и апробации модели краткосрочной интегративной групповой психотерапии Э. Г. Эйдемиллером (1994) сформулированы следующие принципы: 1) принцип парности однотипных акцентуаций личности (для равномерного созревания группы, эффективного ее функционирования целесообразно подбирать в группы пары однотипных акцентуантов; это обеспечивает лучшую идентификацию личностных проблем у участников); 2) принцип клинико-психологического разнообразия участников, включаемых в психотерапевтическую группу; 3) принцип формулирования терапевтического запроса, учитывающий психологическую незрелость, когнитивные особенности и редуцированность навыков социальной кооперации (психотерапевтические метафоры, *проективный рисунок*, психодраматическое моделирование); 4) использование приемов «присоединения» — установление психологического контакта с участниками психотерапевтической группы (синхронизация дыхания, приемы «мимезиса», калибровка эмоциональных состояний, отслеживание глазодвигательных реакций); 5) обучение участников групповой психотерапии двухуровневой *обратной связи*, содержащей вербальную и невербальную информацию; 6) принцип интегративности (комплексное применение психологических механизмов *групповой динамики*, гештальт-экспериментов и психодрамы); 7) использование эффекта трансового изменения сознания у участников психотерапии, чему в значительной степени способствуют совпадение терапевтических целей, возрастная психологическая совместимость членов группы, эмоциональная сплоченность; 8) принцип иерархизации приемов,

направленных на выявление, исследование и коррекцию агрессивности у участников группы (моторные разминки «Жмурки», «Жучок» и другие игровые приемы, а также использование метафор и психодраматических игр «Аисты и лягушки», «Собаки и кошки», «Звездные войны», «Психоскульптуры» и др.); 9) принцип «здесь и теперь» (принципиальный отказ от биографической направленности Г. п. п., что важно для детей и подростков в связи с тем, что отдаленное будущее заблокировано, прошлое редуцировано в субъективном восприятии либо переполнено негативными проекциями); 10) принцип сбалансированности в исследовании негативного и позитивного опыта участников психотерапии (во время подготовки к психотерапии и на ее сеансах участники отвечают на вопрос, какие негативные и позитивные последствия приносили в их жизнь симптомы или неразрешенные личностные проблемы. Автором была создана принципиально важная для детской и подростковой психотерапии парадигма: ничто из пережитого и переживаемого не может быть редуцировано; наоборот, пациент стимулируется к исследованию того, как он адаптируется с помощью симптома и как будет адаптироваться, трансформировав энергию симптома в другие, более зрелые, многовариантные формы поведения); 11) принцип баланса структуры и содержания, ответственности за результат психотерапевта/ группы при проведении Г. п. п. (директивность стиля психотерапевта и его ответственность за структуру занятий, сменяемая приемом «следования за спиной» участника, который, в свою очередь, отвечает за содержание сеанса и свой результат).

**ГРУППОВАЯ ТЕРАПИЯ.** В современной литературе это понятие используется в 3 значениях:

1. Г. т. — как совместная деятельность пациентов в лечебных целях, направленная на их активизацию, преодоление неконструктивной фиксации на болезненном состоянии, активное вовлечение пациентов в лечебный процесс, расширение круга интересов и сферы контактов, развитие коммуникативных навыков. Основные формы Г. т. — трудотерапия, двигательная и спортивная терапия, *музыкотерапия*, *арттерапия* (терапия искусством), различные виды терапии занятостью, «клубы бывших пациентов» и др. Г. т. находит свое применение в комплексной системе восстановительного лечения и профилактики (особенно вторичной и третичной) самых широких контингентов больных.

2. Г. т. — как психотерапия, использующая отдельные психотерапевтические методы в группе больных (*гипноз*, *аутогенная тренировка*, разъяснение, убеждение и пр.). Психотерапевт занимает позицию, аналогичную его позиции в *индивидуальной психотерапии*, выступая в качестве основного инструмента психотерапевтического воздействия, а взаимоотношения и взаимодействия, возникающие между участниками группы, в лечебных целях не используются. Практически единственным групповым феноменом, который учитывается психотерапевтом в данном случае, является групповая индукция.

3. Г. т. — как вид *групповой психотерапии*. Однако большинство авторов различают эти два понятия, рассматривая в качестве групповой психотерапии лишь процесс, основанный на *групповой динамике*, где основным инструментом психотерапевтического воздействия является *психотерапевтическая группа*.

**ГРУППОВОЕ ДВИЖЕНИЕ.** Групповые формы психологического воздействия стали подлинным знаменем времени в силу как экономичности, так и эффективности, часто более высокой по сравнению с индивидуальной работой. Хотя очевидно, что в группе любому отдельно взятому участнику уделяется внимания меньше, чем при *индивидуальной психотерапии*, существует ряд причин, обусловивших развитие и успех Г. д. Жизнь — социальное явление, и индивидуум испытывает потребность в эмоциональном тепле и контактах с другим человеком. Социальные противоречия и бюрократические аспекты общества могут вызывать чувства замешательства, недоверия, бессилия и т. д. Такие скрытые факторы, как давление партнеров, социальное влияние и конформизм, постоянно существующие в группах на работе и группах приятелей, в семье, становятся очевидными в специально организованной группе и воздействуют на индивидуальные жизненные установки и изменение поведения. В результате аффективные переживания, возникающие в искусственно созданной обстановке, могут естественно переноситься во внешний мир.

Речь идет о социальных малых группах, созданных на время, участники которых при содействии назначенного ведущего включаются в своеобразный опыт интенсивного общения. При обозначении таких групп зачастую различные термины используются как взаимозаменяемые. В качестве родовых используются понятия «интенсивный групповой опыт», «лабораторное обучение». Термин «experiential

groups» широко используется по отношению к групповым моделям, которые способствуют приобретению жизненного опыта и росту личности.

Члены психокоррекционных групп являются активными участниками, которых поощряют рассматривать себя как субъектов собственных изменений. Появление различных видов психокоррекционных групп обусловлено стремлением к самовыражению, характерным для гуманистического направления. Эти группы ориентированы на рост и развитие личности, а не только на болезнь и ее лечение, поэтому они создаются и для занятий со здоровыми людьми.

Интерес психотерапевтов к работе с группами усилился в 1950-60-е гг., когда возросли симпатии к антиавторитарной контркультуре, в центре которой оказалось свободное самовыражение и самораскрытие. Однако психотерапевтами недостаточно используется и не до конца оценен опыт изучения *групповой динамики* академическими психологами и социологами.

Адепты групповой динамики признают авторитет Левина (Lewin K.) в истории развития психокоррекционных групп и считают его «теорию поля» сердцевинной теорией групп. Вслед за ним они уверены, что «обычно легче изменить индивидуумов, собранных в группу, чем каждого из них в отдельности». Вторым источником Г. д. являются группы, созданные Роджерсом (Rogers C. R.), в работе которых упор делался на развитие личности, совершенствование общения.

По мнению Роджерса, организованные группы интенсивного опыта — одно из самых быстро распространяющихся явлений XX в. и, возможно, одно из самых значимых. Вплоть до конца 1960-х гг. в США традиционная психиатрия и клиническая психология отмежевывались от групп. Тем не менее Г. д. развивалось и проникло в самые разнообразные организации. Группы существуют на промышленных предприятиях и при университетах, в религиозных общинах и государственных учреждениях, в учебных заведениях и тюрьмах. Созданы группы глав крупных корпораций и несовершеннолетних преступников, студентов колледжей и их преподавателей, консультантов и психотерапевтов, исключенных из школ учеников, супружеских пар, семейные группы (включающие родителей с детьми), группы хронических наркоманов, заключенных, медсестер, воспитателей, учителей, директоров школ, руководителей предприятий. Обращают на себя внимание две основные категории: во-первых, лица, по роду своей деятельности общающиеся с другими людьми, и, во-вторых, имеющие трудности и проблемы.

Роджерс считал, что огромный интерес к Г. д. и его популярность связаны с растущей дегуманизацией культуры, когда о человеке как о личности речь не идет — важно лишь его общественное и материальное положение, и с ростом благосостояния, позволяющим индивиду заняться своими психологическими проблемами. Существует психологический «голод» — по теплым, тесным и искренним взаимоотношениям, при которых можно выражать непосредственные переживания и эмоции, не подавляя и не «обрабатывая» их; делиться радостями и печалью, пробовать новые формы поведения. Когда участников принимают такими, какие они есть, появляется возможность развития. С философской точки зрения Г. д. близко экзистенциализму, поскольку подчеркивает сиюминутное проявление человеческих чувств и умение дорожить сегодняшним днем. Социальные функции Г. д. — переустройство общества, использование Г. д. в качестве инструмента социальных изменений.

Группы различаются с учетом целей и используемых методов. Среди психокоррекционных групп могут быть выделены группы организационного развития, или решения проблем; группы подготовки руководителей и обучения межличностным умениям; группы личностного роста; *психотерапевтические группы*. На практике цели и задачи этих четырех типов групп могут перекрещиваться. Внутри каждого типа существует широкий диапазон разновидностей, от ориентированных на информацию или задачу до ориентированных на личность или понимание; от центрированных на руководителя до центрированных на участника; от рациональных до аффективно спонтанных; от жесткоструктурированных до неструктурированных; от кратковременных до длительно существующих; от объединяющих здоровых людей до состоящих из больных, проявляющих неадекватные эмоциональные реакции. Наиболее значимыми считают два параметра: роль ведущего в структурировании группы и рациональность — эффективность группы.

В одной из классификаций, предложенных Роджерсом, выделяется два типа групп: «организационного развития» и «тренинга сенситивности». Термин «тренинг сенситивности» используется для обозначения Т-групп и *групп встреч*.

Целью членов Т-групп (или группы тренинга человеческих отношений) является исследование межличностных отношений и групповой динамики, которую они сами порождают своим взаимодействием.

Группы сплоченности применяются на промышленных предприятиях для создания эффективно работающих коллективов; группа развития организаторских навыков обучает групповому лидерству; в центре внимания групп творческого самовыражения — самовыражение в различных видах искусства. Отдельные виды терапии, развившиеся вне группового движения (телесная терапия, *психодрама*, *гештальт-терапия*), нашли широкое распространение в групповых вариантах, с использованием механизмов *эмоциональной поддержки* и идентификации.

Для тех, кто сам не участвовал в работе групп тренинга, волнения и споры, вызываемые Г. д., могут показаться чем-то загадочным. Члены группы на вопрос о своих ощущениях отвечают примерно так: «Группа действительно дает результат, но какой — точно объяснить не могу. Каждый должен выяснить это для себя сам».

**ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТ.** С точки зрения реализации целей и задач Г. п. является главной фигурой психотерапевтического процесса. Он привносит в него индивидуальные черты, обусловленные его теоретической ориентацией, используемыми психотерапевтическими приемами, опытом, а также личностными особенностями. Все эти факторы, связанные с индивидуальностью психотерапевта, оказывают влияние на групповой процесс и результаты лечения. В литературе широко дискутируется проблема соотношения профессиональных навыков и личностных особенностей Г. п., хотя при этом и подчеркивается их взаимосвязь, поскольку уровень профессиональных навыков во многом определяется личностными особенностями психотерапевта, а они, в свою очередь, в значительной степени обуславливают выбор терапевтических приемов. Ответ на вопрос, какому фактору — личностному или профессиональному — придается большее значение, в целом соответствует пониманию сущности и целей психотерапии, иными словами, зависит от теоретической ориентации. Если психотерапевтический процесс в группе понимается прежде всего как специфический межличностный контакт (как, например, в *клиент-центрированной психотерапии*), то в данном случае более важное значение имеют индивидуальные, личностные особенности психотерапевта (способность к *эмпатии* и принятию, *аутентичность*, терпимость и гибкость и пр.). Если же психотерапевтический процесс в группе рассматривается преимущественно как целенаправленное воздействие, то тогда на первый план выходят профессиональные навыки Г. п. При этом следует подчеркнуть, что, по мнению ряда исследователей, личностные, индивидуальные особенности имеют большее значение в работе непрофессионалов или психотерапевтов с недостаточной подготовкой и малым опытом.

Среди личностных характеристик Г. п., традиционно рассматриваемых в качестве способствующих эффективности *групповой психотерапии*, можно указать следующие: открытая позиция психотерапевта в отношении пациентов, умение воспринимать отличные от собственных взгляды, позиции и суждения, отсутствие оценок, гибкость и терпимость, эмпатичность, аутентичность, уважение к другому, стремление помочь, сердечность, умение создать доброжелательную, безопасную атмосферу в группе и ряд других.

Термин «руководство психотерапевтической группой» по сути дела предполагает анализ поведения Г. п. При систематизации возможных типов поведения Г. п. обычно используют такие категории, как «роль», «ориентация», «терапевтический стиль». Понятие «роль» в данном случае сводится к положению, которое занимает психотерапевт в структуре группы. Ялом (Yalom I.D., 1970, 1975) выделяет 2 основные роли Г. п.: технический эксперт и эталонный участник. В качестве эксперта психотерапевт планомерно и целенаправленно использует свои знания и профессиональные навыки для достижения психотерапевтических целей и в нужный момент применяет соответствующие методы. Как эталонный участник, он преследует двоякую цель: демонстрация желательных образцов поведения в группе и ускорение процесса *социального научения*. Отказываясь от главенствующего положения в группе, он тем самым ускоряет достижение ею независимости и сплоченности. Кратохвил (Kratochvil S., 1978) выделяет 5 основных ролей Г. п.: активный лидер (руководитель), аналитик, комментатор, посредник, истинный член группы. Активный лидер (руководитель) определяет активность группы, направляет ее действия, разъясняет, управляет, учит. В группе, руководимой подобным образом, пациенты часто обращаются к психотерапевту за указаниями, советами, поддержкой и очень зависимы

от него. Позицию психотерапевта здесь можно сравнить с ролью инструктора, учителя и опекуна. Роль аналитика характерна для психотерапевтов в психоаналитически-ориентированных группах. Аналитик ведет себя индифферентно, никак не проявляя себя и оставаясь личностно-нейтральным. Такое поведение психотерапевта должно способствовать осуществлению пациентами *переноса* инфантильных чувств. Основные функции психотерапевта в данном случае — *интерпретация* и анализ. В отличие от индивидуальной психоаналитической терапии, психотерапевт в группе может оставаться более пассивным, его усилия направлены на то, чтобы стимулировать группу к анализу. Комментатор, так же как и аналитик, не руководит группой и не направляет ее, позволяя свободно развиваться групповым ситуациям и процессам. Через определенные интервалы он обобщает и комментирует все, что произошло за это время в группе. Неличный, описательный характер комментариев часто вызывает агрессивную реакцию группы. Продолжающиеся комментарии психотерапевта в конечном счете позволяют участникам группы понять сущность происходящих событий. Роль комментатора имеет особое значение при интеракционной ориентации *групповой дискуссии*, когда существует необходимость научить пациентов понимать истинный смысл взаимодействий и групповых процессов. Роль посредника близка к роли эксперта. Посредник не берет на себя полной ответственности за происходящее в группе, однако периодически вмешивается в ее деятельность и ориентирует ее так, чтобы она наиболее эффективно продвигалась в нужном направлении. Он воспринимается группой как эксперт, который разбирается во многих вопросах и может предоставить необходимую информацию, не навязывает группе решений, но не отказывается содействовать. Посредник также использует различные психотерапевтические приемы, но, в отличие от активного лидера (руководителя), предоставляет группе возможность самостоятельно перерабатывать полученный материал. Эксперт может комментировать, классифицировать, обобщать, однако его толкования и интерпретации подаются в виде гипотез. В роли истинного члена группы, аутентичного лица психотерапевт делает в группе все, что делают остальные ее участники, и проявляет свои настоящие чувства и переживания. Он становится, таким образом, эталонным участником и показывает членам группы, какую пользу они могут получить. Благодаря такому поведению психотерапевт способствует созданию в группе необходимых психотерапевтических норм. Особенность данной роли заключается в том, что в ней психотерапевт старается преодолеть противоречие между собственными требованиями к остальным участникам группы и собственным поведением, которое особенно характерно для ролей аналитика и комментатора. Однако аутентичность психотерапевта, как подчеркивает Кратохвил, ограничена его личностными особенностями, целями группы и потребностями ее участников. Ледер и Высокинська (Leder S., Wysokinska T., 1980), учитывая такие критерии, как социальная роль, к которой можно свести поведение психотерапевта, способ воздействия (обучения), степень директивности, степень активности, передача положительных эмоций, анонимность или степень самораскрытия психотерапевта, профессиональная подготовка, выделяют следующие роли Г. п.: технический эксперт, инициатор, дидактик, опекун, товарищ, поверенный.

Относительно категории «ориентация» Гольдштейн и др. (Goldstein A. P. et al., 1966) характеризуют Г. п. исходя из того, кто и на кого терапевтически воздействует в группе. Выделяют ориентацию на индивида и лечение индивида на фоне группы и ориентацию на группу и лечение посредством ее воздействия. При ориентации на индивида и его лечение на фоне группы психотерапевт является директивным, интерпретирующим, ориентированным на психодинамику отдельной личности. Ориентация на группу и лечение посредством ее влияния предполагает более косвенные действия психотерапевта, направленные на динамику группы и носящие в большей степени стимулирующий, побудительный и катализирующий характер. Цель этих действий состоит в том, чтобы способствовать интеракциям участников группы между собой и, в меньшей степени, с самим психотерапевтом.

Либерман и др. (Lieberman M. A. et al., 1973) выделили 4 основных терапевтических стиля: эмоциональная стимуляция, опека, познавательная ориентация, исполнительная функция. Эмоциональная стимуляция предполагает, что руководитель группы особо подчеркивает проявление различных чувств, *конфронтацию* отдельных членов группы, мнений и позиций. Он участвует в происходящем как равноправный член группы, побуждая и стимулируя остальных. Опека предполагает такой стиль поведения врача, при котором он окружает членов группы заботой и вниманием, обеспечивает *обратную связь* и *эмоциональную поддержку*. При познавательной ориентации психотерапевт обозначает происходящее в группе соответствующими понятиями, объясняет смысл

поведения всей группы и отдельных ее участников, интерпретирует происходящее в группе и переживания отдельных пациентов. Исполнительная функция означает, что психотерапевт устанавливает правила, указывает нормы, цели и направление деятельности, побуждает или прерывает активность, сосредоточивает внимание на определенном поведении группы и ее членов, использует собственное положение в группе для достижения конкретных целей. Поскольку указанные стили у разных психотерапевтов выступают в различных сочетаниях, была создана следующая типология руководителей групп: 1) опекуны — заботятся о пациентах, предоставляют познавательную ориентацию, информируют и советуют; 2) стимуляторы — для них характерен высокий уровень эмоционального стимулирования и средний либо высокий уровень исполнительской функции; 3) социальные инженеры — ориентированы больше на группу и отношения между ее участниками, чем на отдельных пациентов, малоиндивидуальны, умеренно заботливы; 4) личностно-нейтральные лидеры — держатся на расстоянии, сохраняют дистанцию, характеризуются средним уровнем эмоционального стимулирования и довольно слабой заботой; 5) либеральные руководители — с выраженной познавательной ориентацией и низким уровнем других характеристик; 6) командиры — высшая степень исполнительской функции, авторитарности, разъяснений, частое использование различных упражнений. Перечисленные типы руководителей группы были классифицированы по степени эффективности их воздействия: три первых признаны относительно эффективными, три последних — малоэффективными.

Основные характеристики поведения Г. п. даются обычно с позиций целевых аспектов и с точки зрения личности психотерапевта как переживающего и самовыражающегося субъекта. Целевые аспекты поведения Г. п. характеризуются такими параметрами, как «директивность—недирективность», «определенность — неопределенность высказываний»; экспрессивные, личностные — такими, как «анонимность—самораскрытие», «выражение положительных или отрицательных отношений». Директивность Г. п. определяется степенью его активности и инициативности в ведении группы. Директивный психотерапевт планирует и контролирует ход занятий, самостоятельно устанавливает нормы функционирования группы и приводит их в исполнение, дает инструкции, указания и советы, осуществляет интерпретации. Недирективный психотерапевт предоставляет участникам группы свободу выбора тем и направлений дискуссии, не начинает действий и не ускоряет их, не навязывает норм и интерпретаций, а использует в основном технику отражения и *кларификации*. Наиболее распространенной является в целом негативная оценка директивного стиля, обусловленная представлениями о том, что такой стиль замедляет достижение группой самостоятельности, которая является важнейшим условием ее эффективного функционирования.

Параметр «определенность — неопределенность высказываний психотерапевта» рассматривается с точки зрения их информативности. Низкая информативность (неопределенность) высказывания психотерапевта должна побуждать пациентов к повышенной активности в группе, высокая информативность (специфичность) снижает эту активность, может также активизировать защитные механизмы, так как представляет психологическую угрозу для пациента.

Параметр «анонимность—самораскрытие» предполагает, с одной стороны, личностно-нейтральное поведение психотерапевта, позволяющее пациентам проецировать свои невротические отношения, а с другой — открытое проявление психотерапевтом собственных чувств, переживаний, мнений и позиций. Выражение психотерапевтом положительных эмоций способствует удовлетворению ожиданий участников группы относительно доброжелательного, принимающего психотерапевта, а выражение отрицательных эмоций, напротив, ведет к фрустрации участников группы. Все перечисленные выше характеристики поведения Г. п. в целом не могут быть оценены как положительные или отрицательные, эффективные или неэффективные, так как степень их значимости для успешности психотерапевтического процесса в группе практически полностью определяется теоретической ориентацией. Тем не менее можно выделить задачи Г. п., которые являются важными при любой ориентации. В самом общем виде они могут быть сформулированы следующим образом: 1) побуждение членов группы к проявлению отношений, установок, поведения и эмоциональных реакций, обсуждению предложенных тем, предоставлению информации и обратной связи, анализу групповых ситуаций и проблем отдельных пациентов и пр.; 2) создание в группе атмосферы взаимного принятия, доброжелательности, безопасности, взаимопомощи, способствующей самораскрытию пациентов; 3)

разработка и поддержание психотерапевтически ценных групповых норм, гибкость в выборе директивных или недирективных приемов. При этом часто подчеркивается, что лучших результатов в психотерапии достигают психотерапевты, которые в большей степени ориентированы на опеку и эмоциональную поддержку, а уж потом — на стимулирование и руководство.

Средства воздействия, используемые психотерапевтом в ходе групповых занятий, можно условно разделить на 2 категории: вербальные и невербальные. Первые относительно легко поддаются регистрации и анализу. Что же касается вторых, то их гораздо труднее выделить и классифицировать, хотя именно они во многом определяют климат и атмосферу занятия. К ним относятся мимика психотерапевта, его жестикация, интонация и т. д. Используемые более или менее сознательно и целенаправленно, они выражают собственные эмоциональные состояния психотерапевта и служат стимулированию пациентов к определенной активности, а также являются средством положительного или отрицательного *подкрепления* определенных форм их поведения.

Главным средством воздействия являются вербальные приемы, классификация которых с точки зрения активности психотерапевта (т. е. определения цели, к которой он стремится, используя то или иное высказывание) позволяет принятые в групповой психотерапии приемы условно разделить на несколько категорий. В каждом из типов активности психотерапевта можно выделить его собственную активность и стимулирование пациентов к активности данного типа. В качестве основных категорий можно указать следующие: 1) структурирование хода занятий — это все высказывания, которые в начале занятия определяют его протекание и программу; высказывания, направленные на ограничение непродуктивной активности, на ориентирование обсуждения в соответствующем направлении и пр.; 2) сбор информации — психотерапевт задает вопросы, повторяет высказывания пациентов и их вопросы; 3) интерпретация — наиболее обширная категория психотерапевтических приемов. Интерпретация может относиться как к актуальной ситуации, так и к прошлому пациента. Внутри этой категории можно выделить следующее: отражение эмоций (повторение высказываний пациента, не выходя за пределы их явного содержания), классификация (извлечение из высказывания пациента того, что имеет существенное значение и содержится в нем неявным образом), конфронтация (сопоставление отдельных высказываний с целью показать сходство, различия, противоречия), собственно интерпретация (постановка гипотез, которые могут прояснить причинно-следственные связи и истинный смысл того или иного события или поведения); 4) *убеждение* и *переубеждение* — может осуществляться как непосредственно, так и опосредованно; 5) предоставление информации; 6) постановка определенных заданий — путем использования вспомогательных приемов. Последовательное применение данных приемов позволяет психотерапевту оптимально использовать психотерапевтический потенциал *групповой динамики*.

При разнообразии ролей, позиций, стилей, характеристик поведения Г. п. существует разделяемое подавляющим большинством специалистов представление, согласно которому основная задача психотерапевта заключается в недирективном руководстве группой, стимулировании пациентов к активности и создании атмосферы эмоциональной безопасности и принятия. Необходимость ограничения собственной активности и директивности Г. п. обусловлена тем, что активность участников группы сама по себе является лечебным фактором групповой психотерапии. Основные характеристики поведения психотерапевта определяются не только теоретической ориентацией, но и актуальной групповой ситуацией, а также *фазой развития психотерапевтической группы*.

**ГРУППЫ ВСТРЕЧ.** Основоположником Г. в., радикального крыла *группового движения*, ориентированного на оказание психологического содействия росту личности, является Роджерс (Rogers C. R.; первые эксперименты — в 1947 г.). Вкладом его в групповое движение стала концепция «основной встречи», тесно связанная с работами в области *клиент-центрированной психотерапии*.

Члены группы в процессе общения свободно выражают свои чувства и принимают чувства других, сфокусированы на поиске *аутентичности* и открытости во взаимоотношениях с окружающими. Лидер пытается создать атмосферу безопасности и доверия, помогает ее поддержанию с целью поощрения свободы выражения интимных мыслей и чувств членами группы, избегает проведения запланированных процедур; он ориентирует на безусловное позитивное принятие другой личности для преодоления *сопротивления* участников раскрытию личностных установок и включения в групповой процесс всех членов группы. Роджерс характеризует суть группы так: «Относительно



неструктурированная, обеспечивающая климат максимальной свободы для выражения личности, исследования чувств и межличностной коммуникации. Акцентируются интеракции между членами группы в атмосфере, которая поощряет каждого отказаться от своей защищенности и фасадов и таким образом дает ему возможность относиться к другим членам группы прямо и открыто... Индивидуумы приходят к познанию себя и каждого другого более полному, чем это возможно в обычных социальных или рабочих отношениях; климат открытости, принятия, риска и честности порождает доверие, которое позволяет личности осознать и изменить установки к самозащите, проверить и принять обновленные и конструктивные формы поведения и впоследствии в ситуациях повседневной жизни относиться к другим более адекватно и эффективно».

Другая разновидность Г. в. связана с концепцией «открытой встречи», предложенной Шутцем (Schutz W. C.). Центральным здесь является понятие о единстве тела и сознания; любое психологическое воздействие, игнорирующее телесные ощущения, будет неполным. Им выдвинута программа активных телесных упражнений наряду с методиками вербальной *конфронтации* для *осознания* индивидуумом длительно подавляемых эмоций. Шутцу принадлежит следующее определение термина встреча («encounter»): «Встреча есть способ установления отношений между людьми, основанный на открытости и честности, осознании самого себя и своего физического "Я", ответственности, внимании к чувствам, ориентации на принцип здесь-и-теперь».

Существует целый спектр Г. в., в том числе такие их разновидности, в которых преобладают невербальные процедуры, например танцы, массаж. В любом случае соматическим ощущениям уделяется особое внимание. Наряду с группами, функционирующими регулярно, существуют группы *марафона*, которые собираются один раз, но на длительный период с небольшими перерывами на отдых или сон.

Как правило, Г. в. расцениваются как отличные от традиционных *психотерапевтических групп* и по методам, и по целям. Например, в то время как психотерапия имеет целью коррекцию поведения больного неврозом или психозом, «встреча» рассматривается как способ ускорения психологического развития и самореализации нормально функционирующей личности.

Однако границы между психотерапией и Г. в. не так ясны и четки, как это может показаться на первый взгляд. Многие психотерапевтические группы используют опыт Г. в. К психотерапевту обращаются не только психически больные, но и здоровые люди, имеющие различного рода психологические затруднения. В то время как обычные виды *групповой психотерапии* направлены на помощь пациенту в адаптации к обществу, Г. в. рассматривают каждую личность как имеющую право и возможность искать удовольствия и требовать удовлетворения желаний, т. е. в большей степени «актуализироваться», чем адаптироваться к властным и жестким требованиям общества. Цели конкретного участника идентифицируются в самом начале группового процесса. Г. в. организованы по принципу «здесь и теперь», который предполагает осуществление участниками сиюминутного выбора и их ответственность за последствия своего выбора.

Членов группы обычно просят соблюдать несколько универсальных базовых правил: организовывать открытое и честное общение, уделять особое внимание телесным ощущениям, больше обращать внимания на чувства, а не на мысли и не апеллировать, насколько это возможно, к своему прошлому опыту и рассудочным описаниям. В жизни группы наблюдаются определенные феномены, имеющие тенденцию проявляться в такой последовательности: участники осматриваются; нежелание раскрыться или высказаться; описание прошлых чувств; выражение негативных эмоций; выражение и исследование личностно значимого материала; выражение спонтанных чувств между участниками группы; развитие в группе психотерапевтической способности; принятие себя и начало изменений; разрушение «фасадов»; налаживание *обратной связи* между участниками; конфронтация; взаимопомощь вне групповых сессий, основная встреча или истинное общение («basic encounter»); выражение положительных чувств и близости; поведенческие изменения в группе.

Ведущий (посредник, фасилитатор) выступает не в традиционной роли учителя-наставника, пытающегося передать знания посредством чтения лекций или проведения семинара, а в качестве модели самораскрывающейся личности, способной к конфронтации. В этом отличие от традиционной психотерапии, где руководитель остается, по сути, анонимным, как бы «белым экраном». Здесь же ведущий группы пытается помочь членам группы «сотворить» значимый эмоциональный опыт,

используя целый комплекс различных приемов и упражнений, стремясь, однако, к спонтанности.

Большинство приемов и упражнений, демонстрируемых ведущим, способствует эмоциональной оценке участниками собственной жизни или даже эмоциональному *катарсису*, за которым следует интеграция и понимание уже на более высоком уровне. Выбор конкретного упражнения зависит и от уровня работоспособности группы, и от стадии группового процесса.

Для установления доверительных межличностных контактов, уменьшения напряженности используются упражнения в парах или мини-группах. Это может быть зрительный контакт без слов, исследование рук или лица партнера. Используются упражнения, когда участник должен прорваться в круг, после чего следует «доверяющее падение» (падение на подставленные руки). Хотя в начале групповой работы приемы невербальной коммуникации нередко вызывают у участников страх, они тем не менее помогают «растопить лед» в отношениях между людьми, перешагнуть через обычные социальные условности. Для создания атмосферы сочувствия и поддержки используются упражнения с прикосновением. Однако преждевременный физический контакт может, наоборот, оказаться препятствием для настоящей психологической близости.

Конфликты могут прорабатываться как вербально, так и физически, с использованием борьбы и других подобных состязаний. В этом случае заранее оговариваются правила безопасности. Когда участники сопротивляются групповому процессу, ведущий может стимулировать фантазии, например, на тему «Как отреагируют члены группы, если узнают о вас нечто глубоко личное».

По многим параметрам Г. в. могут рассматриваться как прогрессивное явление в психотерапии, раздвинувшее ее рамки и включившее в нее людей, стремящихся расширить сферу осознания самих себя и улучшить свои межличностные контакты. Вследствие специфики контингента участников психотерапевтический эффект не является основной целью, хотя он обычно значительный. Достаточно широко признается ценность данного опыта для *психогигиены*, решения проблем профилактики психических расстройств, подготовки различных категорий медицинских работников.

Исследования, посвященные эффективности Г. в., показывают, что опыт участия в них усиливает чувствительность к разным оттенкам межличностных отношений, повышает самооценку, увеличивает самопринятие. Уменьшается отчужденность, возникают положительные изменения в представлении участника о самом себе.

**ГУМАНИСТИЧЕСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ.** Исследуя природу и общественную сущность человека, характер «болезни» современного капиталистического общества, идеал «здорового» общества и подлинной человеческой жизни, сочетая различные учения о человеке, главным образом *психоанализ*, экзистенциализм и философскую антропологию, *Фромм* (Fromm E.) стремился создать «диалектически-гуманистически-ориентированный психоанализ», синтезирующий марксистские и психоаналитические теории личности, общества и культуры. В основе Г. п. лежит идея об общественной обусловленности психики, о понимании человека в контексте социальных условий его существования. Цель данного вида психоанализа — познание человеком своей внутренней природы, способствование раскрытию потребностей, смысла жизни и ценностных аспектов человеческого бытия.

В концепции сущности человека Фромма центральной проблемой является внутренне присущее человеческому существованию противоречие между бытием индивидуума в природе, бытием «брошенного в мир не по своей воле» и тем, что он выходит за пределы природы благодаря «способности *осознания* себя, других, прошлого и настоящего». Исторический процесс развития цивилизации ведет к формированию двух основных тенденций человека — стремление к свободе и отчуждению. По мнению Фромма, свобода человека объединяет негативную «свободу от» и позитивную «свободу для». Развитие человечества идет по пути увеличения «свободы от», что ведет к отчуждению, которое становится всеобъемлющим фактором человеческого существования, в результате он «утрачивает свою самость», обретает свободу, но лишается социальной защищенности. Так возникает механизм «бегства от свободы». Автор концепции выделил три бессознательных психологических механизма, регулирующих отношения человека и общества: 1) мазохистические и садистические тенденции, доминирование которых ведет к формированию авторитарного характера, проявляющегося в позиции: жизнь определяется силами, находящимися вне человека; 2) деструктивизм — стремление человека разрушить мир, чтобы он не разрушил его самого; 3) автоматический конформизм, который заключается в идентификации потребностей, норм индивидуума с социально одобряемыми ценностями.

В результате противоречия между «Я» и миром исчезают, а вместе с тем и сознательный страх одиночества и бессилия. Однако цена, которую платит человек, велика — это потеря самого себя.

Оторванному от природы и лишенному естественных связей человеку угрожает одиночество, поэтому он стремится восстановить единство с миром. Но в современном технократическом обществе преобладают «непродуктивные», неподлинные формы межличностных коммуникаций. Одна из них получила название «симбиотическое отношение». Избежать одиночества человек может через подчинение себя группе, Богу, другому человеку. Индивидуум идентифицирует себя с целым, с той силой, которой он подчинен. В противоположном случае он преодолевает одиночество на пути к господству, стремится к соединению с миром через завоевание власти, делая других частью самого себя. Однако в обоих случаях теряется свобода и нарушается целостность человеческой личности. Этим позициям Фромм противопоставил любовь как «продуктивную ориентацию», когда человек соединяется с самим собой, другими людьми благодаря активности и творчеству.

Противоречивость человеческого существования автор раскрывал через две формы дихотомий — «экзистенциальную» и «историческую». Наиболее существенной «экзистенциальной дихотомией» является дихотомия между жизнью и смертью. Из-за неспособности человека сделать выбор возникает тревога и беспокойство, что создает еще одну, «экзистенциальную дихотомию», поскольку «цена, которую человек платит за сознание, — неуверенность». Стремление личности к сохранению своей уникальности и установление отношений с другими людьми, где человек идентифицирует себя с миром, также вызывает «экзистенциальную дихотомию». К «историческим дихотомиям» Фромм относил противоречия, создающиеся и разрешающиеся в процессе исторического развития; он считал, что «человек может реагировать на исторические противоречия, аннулируя их посредством своей собственной деятельности, но он не может аннулировать "экзистенциальные" дихотомии, несмотря на то что может реагировать на них различными способами». Устранение «исторических дихотомий», которые зависят от существующих социальных условий, может произойти при построении «гуманистического общества». Поскольку «экзистенциальные дихотомии» заложены в самой человеческой природе, они могут быть разрешены путем раскрытия готовности человека к любви, вере и размышлению. Способом восстановления гармонии между человеком и обществом является Г. п., способствующий пробуждению критических элементов в сознании личности.

Фромм считал, что человек должен осознать неподлинность своего существования в современном обществе, чтобы затем реализовать заложенные в его существе возможности. «Хотя и имеются некоторые потребности, общие для всех людей, такие как голод, жажда, секс, но те потребности, которые создают различия в характере человека, — любовь и ненависть, вожделение власти и стремление подчиняться, наслаждение чувственными удовольствиями и страх перед ними — все это продукты социального процесса. Наиболее прекрасные и самые безобразные склонности человека представляют собой не компоненты фиксированной и биологически заданной человеческой природы, а результаты социального процесса, который творит людей». В книге «Революция надежды» автор изложил программу преобразования буржуазных социальных структур в направлении гуманизации человека и общества. Необходимо создание таких ценностей, при наличии которых человек мог бы отказаться от социальной маски и обнажить свои подлинные потребности. Эти ценности должны способствовать его развитию. В поиске новых «психодуховных ориентации» человека Фромм обратился к философии любви, которая способствует устранению оторванности людей друг от друга, преодолению дихотомий человеческого существования, восстановлению гармонии человека и общества. Любовь, по мнению автора, дает единственно верный и «удовлетворительный ответ на проблему человеческого существования» и является высшей гуманистической ценностью.

**ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ (ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ, ОПЫТНОЕ) НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ.** Одно из трех основных направлений современной психотерапии, к которым причисляют также динамическое и поведенческое (Parloff M. B., 1975; Karasu T. B., 1977). Это направление наименее однородно. К нему относят *экзистенциальную психотерапию*, *дазайнализ*, *логотерапию*, *клиент-центрированную психотерапию*, *гештальт-терапию*, *психоимажинативную терапию Шорра* (Shorr J.), *эмпирическую психотерапию Витакера* (Whitaker C. A.), *эмпирическую психотерапию Гендлина* (Gendlin E. T.), *первичную терапию Янова* (Janow A.), *биоэнергетический анализ Лоуэна* (Lowen A.), *структурную интеграцию Рольф* (Rolf L), *аутогенную*

тренировку (высшей ступени), трансцендентальную медитацию, дзэн-психотерапию, психоделическую психотерапию и ряд других методов.

При рассмотрении природы человека и его болезней представители этого направления подвергают критике классический психоаналитический подход и его отношение к этике человека — его желаниям, выбору и отношению к другим. Через психоаналитическую практику и придание особого значения техническим приемам человек становится обезличенным, изолированным, управляемым, доступным анализу и расчету, а потому униженным. Эмпирическая концепция возвеличивает человека с целью нивелировки его отчуждения, поощряет максимально полное исследование уникальности и универсальности его природы. В этом — ее трансцендентальная сущность. Говоря словами Франкла (Frankl V. E., 1966), «человек по своей сути стремится найти цель и осуществить свое предназначение в жизни». Такой подход включает как трансперсональное, так и интраперсональное измерение. «Интраперсональное относится к уровню "Я"... где главным является раскрытие человеческой индивидуальности, эмоционального состояния и их представительства в физическом теле; трансперсональное ориентировано на максимальную реальность... единство человека, универсальный или космический план... в котором человек переживает переход границ его "Я" в универсальное сознание» (Arendsen-Hein G. W., 1974). Представители гуманистического направления в психотерапии склонны видеть человека существом природно активным, борющимся, самоутверждающимся, повышающим свои возможности, с почти безграничной способностью к позитивному росту. Поэтому усилия психотерапевта направлены на личностный рост пациента, а не просто на лечение болезни. Терапевтической целью является достижение максимальной осведомленности или более высокого состояния сознания, при котором, согласно Мею (May R., 1958), «быть осведомленным о своем предназначении в мире в то же самое время означает быть предназначенным для этого». Представители этого направления используют такие широкие понятия, как самоопределение, творчество, подлинность, и методологию, стремящуюся к максимальной интеграции ума, тела и души человека при отсутствии или нарушении его целостности. Патология понимается как уменьшение возможностей для самовыражения, как результат блокирования, подавления внутренних переживаний или потери соответствия им. Невротическая личность рассматривается как страдающая от подавления и фрагментации, а невроз — как основной, универсальный, приводящий к отчаянию результат отчуждения индивидуума от себя, своего общества (или мира). По Маслоу (Maslow A. H., 1970), патология — это ослабление человека, потеря или пока еще неосуществленность человеческих возможностей. Таким образом, болезнь, включающая все обычные психиатрические понятия, и здоровье располагаются на континууме: кем человек стремится быть — кем он может стать.

При рассмотрении терапевтического процесса (процесса изменений) интеллектуальные знания и *инсайт* заменяются эмоциями и переживаниями, акцент на «там и тогда» отдаленного прошлого переносится на «здесь и теперь» непосредственного настоящего. Переживание (как приобретение опыта) является скорее чувственным, чем познавательным или вербальным процессом, происходящим в непосредственном настоящем, являющимся субъективным и незаметным (для окружающих), а также безоговорочно значимым (хотя позднее необязательно остается таковым) и служащим средством для концептуализации. Согласно Гендлину (1961), «терапевтические изменения являются результатом процесса, в котором несомненно значение осведомленности, интенсивного чувствования, точно направленного и измененного, даже без словесного выражения». Терапевтические изменения через переживания обычно происходят с помощью реальных, конгруэнтных межличностных взаимоотношений между пациентом и психотерапевтом. Например, основу клиент-центрированной психотерапии Роджерса (Rogers C. R.) составляет позитивная вера в то, что каждый организм имеет врожденную тенденцию к развитию своих оптимальных способностей так длительно, сколько он находится в оптимальной среде. Психотерапевтические встречи действуют через сам факт их новизны. Во время их проведения психотерапевт служит катализатором, с помощью которого пациент реализует свои латентные и лучшие способности для саморазвития.

Хотя в понимании природы терапевтических взаимоотношений могут быть различия, реальный «здесь и теперь» терапевтический диалог или взаимные встречи психотерапевта и пациента являются обязательным условием для многих школ этого направления. Важнейшее значение приобретают пробуждающие чувства человеческие взаимоотношения, при которых каждый человек пытается

искренне общаться с другими как вербально, так и невербально.

Терапевтический союз не является отношениями врача и пациента (как в динамической психотерапии) или учителя и студента (как в *поведенческой психотерапии*), а представляет отношения одного человеческого существа к другому. Роджерс (1955) писал: «Я вступаю во взаимоотношения не как ученый, не как врач, который может точно определить диагноз и лечение, но как личность, вступающая в личные взаимоотношения». Представители этого направления, в особенности экзистенциально-ориентированные, касаясь вопроса о методах и технических приемах психотерапии, считают, что для этого ее вида важнее не то, что психотерапевт делает, а скорее смысл (контекст) психотерапии, а также не то, что психотерапевт говорит, а то, что он из себя представляет (кем он является). В связи с этим их нередко критикуют за недостаточную определенность самих методов психотерапии.

Цель всех технических приемов может быть сформулирована как стремление к проникновению в феноменологический мир пациента. В отличие от психотерапевта динамического направления, психотерапевт не касается здесь прошлого пациента, диагноза, не стремится к инсайту, *интерпретации*, не рассматривает чередование *переноса* и *контрпереноса*, не указывает целей, не является директивным или конфронтующим, навязывая своим мнению пациенту в форме наставлений или решающих проблему предпочтений. Психотерапевты школы Роджерса и классического экзистенциализма имеют, по сути, вербальные взаимоотношения с пациентом. Другие школы в гуманистическом направлении в психотерапии часто невербальны в своем подходе. Они (например, гештальт-терапия) видят сверхинтеллектуализацию как часть проблемы пациента, т. е. проявление защиты против переживаний и чувств, и не принимают ее в качестве терапевтического приема. Психотерапевты пытаются сосредоточить активность на рефлексии, предпочитают действие слову или, как минимум, комбинируют действие с интроспекцией. Их цель заключается в развитии осведомленности пациента о телесных ощущениях, позах, напряжении и движениях с акцентом на соматических процессах. Основной упор делается на усилении, побуждении пациента. Приемами, выражающими самопереживания в таких школах, является сочетание прямой *конфронтации* с драматизацией, т. е. разыгрывание ролей, переживание фантазий в терапевтической обстановке.

В гуманистическом направлении в психотерапии делается также попытка объединить ум, тело и душу путем фокусировки на духовном измерении, что осуществляется в основном методами *медитации*. Считается, что состояние конечного глубокого отдыха позволяет выходить за пределы мира индивидуального «Я». В большинстве методов тренировки воли и внимания центральной является сосредоточенность на специальном произнесении слов или мантр, что, например, служит основанием для возникновения состояния без «Я» или трансцендентального состояния, не сосредоточенного на «Я».

В гуманистическом направлении в психотерапии может быть выделено 3 основных подхода:

1. Философский подход, который использует экзистенциальные принципы как основу для проведения психотерапии. В процессе взаимного диалога или встречи («здесь и теперь») проводится вербальная психотерапия (например, клиент-центрированная терапия и логотерапия).

2. Соматический подход, который основывается на применении невербальных методов, ведущих к интеграции «Я» посредством сосредоточения внимания на субъективных телесных стимулах и сенсорных ответах (например, гештальт-терапия), и / или физических, двигательных методах интенсивного отреагирования и эмоционального «наводнения», в которых акцент делается на телесном стимулировании и высвобождении чувств (например, биоэнергетический анализ Лоуэна и первичная терапия Янова).

3. Духовный подход, в центре которого конечное утверждение «Я» как трансцендентального или трансперсонального опыта, расширение опыта человека до космического уровня, что в конечном счете, по мнению представителей этого подхода, ведет к объединению человека со Вселенной (Космосом). Достигается это с помощью медитации (например, трансцендентальной медитации) или духовного синтеза, который может осуществляться различными приемами самодисциплины, тренировки воли и практики деидентификации (например, *психосинтез*).

Согласно Карасу (1977), рассматриваемое направление в психотерапии характеризуется следующими основными категориями:

— концепция патологии (основывается на признании существования экзистенциального

отчаяния как следствия утраты человеком возможностей, расщепления «Я», рассогласования с собственными знаниями);

— здоровье (связано с реализацией потенциала человека — развитием «Я», достижением подлинности, непосредственности);

— желательные изменения (непосредственность переживаний, восприятие и выражение ощущений или чувств в данный момент);

— временной подход (внеисторический, фокусируется на феноменологическом моменте);

— лечение (кратковременное и интенсивное);

— задача психотерапевта (сводится к взаимодействию в атмосфере взаимного принятия, способствующего самовыражению — от соматического до духовного);

— основной психотерапевтический метод (встречи с равноправным участием в диалоге, проведение экспериментов, игр, инсценировок или «разыгрывание» чувств);

— лечебная модель (экзистенциальна: диада равных людей или «Взрослый— Взрослый», т. е. человеческий союз);

— характер отношения пациента к лечению (считается реальным, в отличие, например, от признания существования переноса в динамическом направлении, и представляет первостепенную важность);

— позиция психотерапевта (взаимодействующая и принимающая; он выступает во взаиморазрешающей или удовлетворяющей роли).

## Д

**ДАЗАЙНАНАЛИЗ.** Представляет собой направление в современной психотерапии, разработанное *Бинсвангером* (Binswanger L.), *Боссом* (Boss M.), *Меем* (May R.), *Куном* (Kuhn R.), *Страусом* (Straus R.).

Оно основано на концепциях Хайдеггера (Heidegger M.) и Гуссерля (Husserl E.) и в первую очередь на осуществленном этими философами анализе феномена существования человека в мире. В качестве важнейших черт личности рассматриваются: способность к самосознанию, к принятию решений, к ответственности за последствия этих решений; понимание возможности своего несуществования (смерти). Особенно важным положением как указанных философских учений, так и основывающихся на них психотерапевтических направлений является постулат о личностной необходимости развития. Саморазвитие личности является не только возможностью, но и необходимостью для каждого отдельного человека. Иными словами, каждый человек постоянно стоит перед необходимостью познания и реализации всех своих новых способностей. Остановка саморазвития, чем бы она ни была вызвана, обуславливает различного рода личностные, в том числе и психические, нарушения. «Отказ от саморазвития», «отказ от своих возможностей» в рамках Д. — основной диагноз при самых различных нарушениях.

Цель Д. — содействовать индивиду в познании своих возможностей, выявлении их, что необходимо для решения задач, с которыми он столкнулся. Психотерапевтами данного направления отвергается любое понимание сущности психического здоровья личности, исходящее из необходимости соответствовать требованиям, условиям определенного общества. Саморазвитие и психотерапевтическая помощь в его осуществлении необходимы даже тогда, когда это ведет к обострению противоречий между индивидом и социальным окружением. Выздоровление понимается лишь как восстановление способности к саморазвитию.

Следующий важный постулат Д. — это положение об индивидуальной неповторимости личности. Оно доведено здесь до отрицания любых диагностических схем и классификаций, а также любых психологических теорий личности и ее психологических нарушений. По убеждению психотерапевтов этого направления, для каждого человека необходимо разрабатывать отдельную, только его случаю соответствующую теорию. Психотерапевтическая практика — это прежде всего ряд весьма тщательно разработанных индивидуальных случаев. Отказ от научной категоризации тесно связан при этом с образно-художественным и философско-метафорическим описанием психической

эволюции пациента, приведшей его к отказу от саморазвития и, как следствие, психическому заболеванию.

Эффективность Д. плохо поддается контролю. В настоящее время он наиболее распространен в Германии и США.

**ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ.** Исходной теоретической предпосылкой Д. т. является тезис о том, что движение тела является основой всех жизненных проявлений, включая когнитивные и эмоциональные.

История лечебного использования движения, танца, определенных режимов дыхания восходит к медицине первобытных народов и практике античных храмов Эскулапа. Целенаправленно используется в медицине с середины 30-х гг. XX в., пионерами здесь являются как психоаналитики (Райх (Reich W.), Ференци (Ferenczi S.), Дойч (Deutsch F.)), так и психиатры (Гиндлер (Ginndler E.), Далькрозе (Dalcroze E.), Медо (Meday H.), Лабан (Laban R.), Миддендорф (Middendorf I.)). Морено (Moreno J.) ввел в 1937 г. понятие «терапия тела» (body therapy). Представители этого направления психотерапии видят человека как тело, перемещающееся в пространстве, времени и социальном контексте. Выражение тела, его речь требуют учета невербальной коммуникации, экспрессии, проявляющейся в движениях и танце.

Можно выделить три основные формы Д. т. К функциональным методам относятся лечебная гимнастика, физиотерапия, дыхательная терапия, методы *релаксации*, массаж и хореотерапия. Функциональные методы имеют целью стимуляцию и оптимизацию психофизических функций — восприятия схемы тела, отношения к нему, чувствительности, экспрессивности и способности к мышечной релаксации. Показания к Д. т. прежде всего касаются больных с длительным сроком госпитализации, гериатрических, психосоматических и наркологических контингентов. Активизация невербальной экспрессии оказывает положительный эффект и в случаях затруднений вербального самовыражения. Наивысшего эффекта функциональная Д. т. достигает при включении в двигательный *тренинг* психодинамических аспектов в рамках комбинирования с другими формами индивидуальной и *групповой психотерапии*. Включение телесного компонента в процесс психотерапии позволяет расширить возможности чисто вербальных вмешательств.

Методы конфликтоориентированной Д. т. восходят к пионерским работам Райха, указывавшего на значение взаимосвязи «структуры характера» с телесной экспрессией. Основной целью Райха является не функциональный тренинг, а эксплорация вытесненного психотравматического материала, и проявляющегося в сфере телесной экспрессии. Невротические конфликты находят свое отражение в определенных конфигурациях мышечного напряжения, которые Райх обозначил как «панцирь характера». Они могут быть вскрыты и разрешены лишь в ходе прямого проникновения в сферу двигательной экспрессии больного. Ограничение свободы движения мышечным напряжением сопровождается эмоциональные состояния разочарования, утраты, любви, тревоги. Райх уже в 1935 г. обнаружил, что *сопротивление* больного аналитическому процессу всегда сопровождается произвольным нарушением дыхательных движений, стимуляция которых способствует самораскрытию. Такие последователи Райха, как Лоуэн (Lowen A.), Пирракос (Pierrakos J.), Ракнес (Raknes O.), Бойзен (Boeyesen G.) сформулировали принцип «биоэнергетического анализа», направленного на вскрытие переживаний, стимуляцию адекватного выражения заблокированных эмоций путем более глубокого восприятия мышечного напряжения. Этот метод является, по существу, одной из модификаций *психоаналитической психотерапии*.

Интегративные и мультимодальные методы Д. т. представлены тимопрактикой, концентративной и интегративной Д. т. Тимопрактика имеет целью вскрытие и *осознание* заложенного в «телесной памяти» неосознаваемого биографического материала с помощью непосредственного вовлечения в движение, воздействия на мускулатуру и дыхание. В отличие от метода Райха здесь в первую очередь используется не стимуляция восприятия телесной сферы, а структурируемые тренинговые формы. Концентративная Д. т. является психоаналитически ориентированным методом, сочетающим функциональный и раскрывающий подходы. Он продемонстрировал хорошие возможности использования «телесного языка» для выявления и коррекции дефектов раннего развития. Интегративная Д. т. сформулирована Ильиным (Иljine V.) на основе импровизационного тренинга, предложенного К. С. Станиславским для психофизической подготовки театрального актера. Концепция Ильина представляет собой попытку интеграции *психоанализа*, феноменологической теории тела

Марло-Понти (Merleau-Ponty M.) и теории социализации тела (social body) Кампера (Kamper D.) и Вульфа (Wulf C.). Основные положения концепции: ролевые телодвижения интернализуются в самовосприятии в зависимости от их социального контекста, становясь матрицей формирующегося чувства собственной идентичности. Интегративная модель личности представляет собой сплав ее индивидуального и социального аспектов. Идентичность рассматривается как восприятие своего движущегося тела в социальном контексте и времени. В этом процессе участвует также динамика бессознательных компонентов личности. В ходе терапии раскрываются негативные аспекты телесной идентичности, двигательные корреляты связанных с неосознаваемым конфликтом эмоций, проявляющиеся в мимике, жестах и психосоматических симптомах. Функциональный тренинг, центрированный на значимых переживаниях, способствует разрешению глубинных личностных конфликтов, нормализации телесной экспрессии, гармонизации восприятия своей идентичности и оптимизации социального функционирования.

Включение Д. т. в общий комплекс лечения, наряду с другими психотерапевтическими подходами, отражает тенденции интеграции различных стратегий, характерные для современной психотерапии.

**ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПО КОЛЕР.** Д. т. п. К. является одной из форм психотерапии, основанной на признании взаимосвязи между телом и мозгом. Телесные расстройства (осанки, дыхания и др.) рассматриваются как результат нарушений в психике и сбалансированности всего организма. Психологические защитные механизмы имеют также телесные проявления, такие как мышечная зажатость и напряжение. Поскольку психическое и физическое тесно взаимосвязаны, Д. т. п. К. является психотерапевтическим подходом, решающим проблемы как мышечного напряжения и скованности, так и психической резистентности. Ограничения активности, спонтанности и внутренней свободы исчезают в процессе выполнения определенных двигательных упражнений, а двигательные интеракции успешно применяются в ходе диагностики и лечения, цель которого — дать возможность пациенту использовать свои внутренние ресурсы и креативность.

Система двигательной терапии, разработанная Колер (Kohler Ch., 1968), включает в себя лечебную гимнастику и массаж. Как правило, Д. т. п. К. назначается пациентам, неуверенным в себе, длительное время избегающим физических нагрузок. Поэтому к занятиям они приступают с опасением, страшась перегрузок, болевых ощущений и собственных неудач. Важно, чтобы с первых же занятий пациент почувствовал субъективную пригодность к лечению этим методом, для чего программа Д. т. п. К. строится психотерапевтом с учетом состояния больного, субъективных и объективных данных, полученных при его обследовании. Пациент нуждается в ободрении и *эмоциональной поддержке*; следует избегать замечаний и поправок, поскольку на первых порах не важно, как пациент выполняет упражнение, важно, что он его делает. Продолжительность первых занятий 5-10 минут, последующих — 20-30. Д. т. п. К. проводится индивидуально и в группе.

Основным при проведении групповой Д. т. п. К., по мнению Колер, является вопрос о способе движения, который помогает пациенту с психическими расстройствами нормализовать нарушенные психофизические функции. Индивидуальная форма моторики человека определяется его взаимоотношениями с окружающей средой. Нарушенные, дезадаптивные отношения с внешним миром проявляются, таким образом, не только в вербальных, но и в невербальных коммуникациях. Д. т. п. К. как направленный психотерапевтический метод должна воздействовать на невербальный аппарат пациента исходя из типичных нарушений его двигательных процессов.

Движения человека можно охарактеризовать посредством различных специфических признаков, которые позволяют описать и оценить его двигательные особенности, в том числе в условиях болезни. К таким признакам относятся: двигательная гибкость, двигательный ритм, индивидуальное протекание движения, двигательная уверенность и координация. Двигательная гибкость характеризует общее психофизическое состояние личности и подвержена влиянию настроения. Например, у депрессивных больных со сниженными потребностями можно наблюдать нарушенную двигательную гибкость в виде шаркающей походки и наклоненного вперед корпуса; у пациентов с латентным напряжением, страхами и выраженными мышечными тиками твердая, неустойчивая, семенящая походка; у эгоцентричных личностей с ярко выраженной переоценкой себя и демонстративным предъявлением собственной силы и энергии подчеркнуто громокая, жесткая походка. Двигательный ритм выражается в чередовании



напряжения и расслабления. У большей части невротических пациентов нарушения двигательного ритма проявляются в форме преобладающего продолжительного мускульного напряжения, рассматриваемого как следствие конфликтных личностных отношений с окружающим миром. Индивидуальное протекание движения, осуществляемое плавно, без задержек, в скользящей манере, субъективно переживается как приятное, ровное и успокаивающее. Нарушение протекания двигательных процессов можно наблюдать у больных шизофренией (угловатые, часто заторможенные движения), у больных неврастениями с психической гиперактивностью (стремительность, чрезмерность движений). Двигательная уверенность и координация определяются концентрацией на цели движения. Чрезмерное внутреннее возбуждение или психическая заторможенность снижают двигательную уверенность и координационную успешность у больных неврозами. Кроме того, на надежное, уверенное протекание движения дезорганизующе влияют колебания при принятии решения. Двигательные функции рассматриваются в их совокупности, которая и создает общее впечатление об индивидуальном двигательном процессе и позволяет сделать заключение о виде нарушенного поведения. Так как моторные функции неразрывно связаны со всей психической жизнью человека, посредством Д. т. п. К., через гармонизацию моторных процессов осуществляется воздействие на психическое состояние и поведение. Главными направлениями такого воздействия, по словам Колер, являются: 1) развитие невербальной коммуникации; 2) нормализация ритмического протекания движений; 3) приобретение опыта в переживаниях пластичности, радости.

Комбинированная Д. т. п. К. включает: ритмическую двигательную терапию, общую двигательную терапию с коммуникативным аспектом, танцевальную двигательную терапию. Наиболее простым методом групповой Д. т. п. К. является ритмическая двигательная терапия. Она способствует мускульному расслаблению пациента, тем самым создавая предпосылки для дальнейшей двигательной активности при выполнении других упражнений двигательной терапии. Продолжительность этой части занятий не превышает 15 минут. Постоянный и определенный порядок упражнений позволяет выполнять их индивидуально в домашних условиях. Используемые двигательные элементы могут заимствоваться из классической гимнастики. Общая Д. т. п. К., направленная на развитие нарушенных коммуникативных отношений, имеет множество вариантов. Центральными вопросами здесь являются «Что я чувствую теперь?» и «О чем говорит мое тело?» Многие авторы считают очень важным моментом, наряду с переживанием чувств, процесс их *вербализации*. Как вариант построения общей Д. т. п. К. можно предложить такую последовательность. Ритмические упражнения сменяются свободной ходьбой в помещении, освоением окружающего пространства. Пациенты могут получить первое задание осмотреться, увидеть «других», улыбнуться им. Далее может следовать свободный выбор партнера, с которым в дальнейшем пациент будет взаимодействовать и выполнять упражнения. Это задание имеет и диагностическую функцию, так как в «свободном выборе партнера» может ярко проявляться невротическое поведение. Так, например, эгоцентричные, стеничные пациенты часто мало принимают во внимание потребности других членов группы. Для «завоевания» желаемого партнера они могут притянуть его и прижать к себе. Напротив, депрессивные, заторможенные, со сниженными потребностями пациенты ведут себя в этой ситуации выжидающе или даже изменяют свою походку — двигаются мелкими шагами, тело их напряжено, выражение лица робкое. Задание выбора партнера вызывает у них большие трудности или (особенно для психотических пациентов, находящихся в начале лечения) оказывается невыполнимым, так как выраженные амбивалентные тенденции затрудняют принятие решения. После выбора партнера дальнейшие упражнения выполняются совместно в группах по 2-4 человека. Таким образом осуществляется центральная психотерапевтическая задача — обучить выполнению коммуникативных социальных функций и пережить этот новый опыт. Занятия должны структурироваться из упражнений — от простых к более сложным, как постепенное построение совместного двигательного поведения. Каждый член группы во время одного занятия принимает участие в совместных упражнениях как в активной, так и в пассивной роли. Это динамическое изменение межличностных контактов, которые у пациентов по большей части ограничены или нарушены, формируется и поддерживается простейшими средствами. Существуют многочисленные модификации партнерских упражнений. Они могут проводиться в помещении и на улице, стоя и сидя, на полу, на табурете, на скамье, на мате, с небольшими снарядами. Пары, выполняющие упражнения, должны сохраняться при формировании команд для игры, при объединении в группы из 4 человек, при

участии в соревнованиях. Особенно интенсивное воздействие на моторные и психофизические реакции оказывает сочетание движения и музыки. Здесь на первый план выступает *хореотерапия*.

Д. т. п. К. или ее элементы используются также в системе *групповой психотерапии* в качестве вспомогательного приема, предоставляющего дополнительный материал для личностной диагностики и выполняющего собственную психотерапевтическую функцию.

В стационаре занятиям Д. т. п. К. отводится ежедневно по 30 минут, при амбулаторном лечении — 60 минут раз в неделю. В задачи психотерапевта входит создание эмоционально теплой, дружеской атмосферы. Он не должен находиться «над» группой, команды следует произносить энергичным, но не начальственным тоном. Групповые события должны предоставлять каждому участнику широкий простор для развития.

**ДЕКАПСУЛЯЦИЯ ЧОЛАКОВА.** Один из катарсических методов, созданный болгарским психиатром Чолаковым (Чолаков К., 1933). В последние десятилетия декапсуляция, так же как и репродукция, была тщательно исследована клинко-терапевтически и экспериментально известным болгарским психотерапевтом Атанасовым (Атанасов Ат., 1990).

Первое описание декапсуляции дано Чолаковым в его монографии «Психофизиологическая декапсуляция как каузальное лечение психоневрозов» в 1933 г., а 7 лет спустя (1940) в книге «Основы учения о неврозах» он представил новое ее описание. В этих 2 монографиях предложено психологическое объяснение данного психотерапевтического метода. Позже, в 1952 г., Чолаков предпочел называть свой метод «кортикодинамической декапсуляцией» и дал патофизиологическое объяснение неврозогенного действия психической травмы и соответствующее обоснование декапсуляции. Основная область лечебного применения декапсуляции, по мнению автора, — функциональные нейрогенные заболевания, порожденные психотравмой. Последние приводят к «диссоциационному» отношению к предшествующей и последующей душевной жизни. В этом термине просматривается преемственный характер декапсуляции по отношению к методу репродукции аффективных переживаний другого болгарского ученого Крестникова (Крестников Н., 1929).

Декапсуляция производится следующим образом. Больного помещают в ту же обстановку, и он находится в той же позе, что и при репродукции, а именно лежа в расслабленном состоянии, с закрытыми глазами. Словесным методом его вводят в *гипноз* умеренной глубины (пока возможен контакт с психотерапевтом). Если психическая травма известна, вербально внушается ее повторное переживание, а если неизвестна, суггестия направляется словами: «Тяжелое дыхание, сердцебиение, дрожание, страх и мучение, которые вы испытываете, напомним вам случай, когда ваше состояние было таким, как сейчас». Это ведет к быстрому переживанию психотравмы. Чолаков объясняет лечебное действие своего метода в первую очередь механизмами психологического уровня. Он считает, что при тяжелом переживании сильный аффективный заряд отдельных переживаемых элементов изолирует их ассоциационно и они остаются «как бы капсулированными» в психике больного, единственными не затрагивающими ассоциативные связи между предметным содержанием психотравмы и вегетативными проявлениями («сверхтравматический остаток»). Поэтому и суггестия направлена на то, чтобы вызвать тяжелое дыхание, сердцебиение и др. Позже Чолаков (1955) дает физиологическое объяснение капсуляции, рассматривая ее в виде очага сильного возбуждения, вокруг которого по индукции возникает выраженная зона торможения. С технической точки зрения репродукция и декапсуляция отличаются друг от друга: при репродукции врач пассивен, ничего не внушает пациенту; при декапсуляции он суггестирует больного в направлении переживания психической травмы, гипнотизирует его. Завершая сеанс, врач внушает пациенту хорошее самочувствие после процедуры и таким образом очень часто успевает смягчить этап временного ухудшения состояния больного в начале катарсической психотерапии.

К преимуществам репродукции можно отнести следующие. Она применима и к негипнабельным больным. Воздержание от суггестивного вмешательства ведет к поочередному репродуцированию психических травм, появляющихся не хронологически, а сообразно степени выраженности запредельного возбуждения (раньше репродуцируются более легкие травмы), вследствие этого репродукция дает точное представление о причинах невротизации. Таким образом, это метод выбора для изучения обусловленных психотравматизацией неврозов и самого пациента.

Декапсуляция имеет другие положительные стороны. Она соответствует стремлению многих

психотерапевтов активно руководить лечением. Через заключительную положительную суггестию они часто противодействуют ухудшению самочувствия больного. Ожидание, что через гипноз будет ускоряться отреагирование, обычно не подтверждается. Иллюзорными оказываются и ожидания, что психотерапевт может диктовать глубину гипноидного состояния по своему выбору. Правильно отмечал С. Я. Лившиц (1929), проводя *гипноанализ*, что отреагированию психотравмы соответствует определенная глубина гипноза, названная им «чувствительной точкой». Нередко успешно загипнотизированный до определенной глубины пациент при отреагировании изменяет эту глубину.

Репродукция и декапсуляция до сих пор обычно противопоставлялись, однако у них гораздо больше объединяющих черт (Атанасов, 1990). Оба приема появились приблизительно в одно и то же время, в одной и той же клинике, авторов при их создании волновали одни и те же вопросы, которые они горячо обсуждали. Сходство явно просматривается и в способе, каким Чолаков декапсулирует неизвестные психотравмы, — в этой суггестии заложены элементы фаз, описанные Крестниковым: тяжелое дыхание, сердцебиение, дрожь (органный фаза), страх и мучение (эмоциональная фаза). Узунов, Займов (Узунов Г., Займов К., 1968) указывают на приоритет Крестникова перед М. М. Асатиани в открытии репродукции. И репродукция, и декапсуляция более тщательно изучены и более точно описаны болгарскими учеными, чем сходные лечебные методы, например *психокатарсический метод Брейера* и гипноанализ С. Я. Лившица.

В отличие от репродукции, которая «расчищает место» для неискаженных закономерностей катарсиса, при декапсуляции наблюдается интерференция (взаимное усиление) и взаимодействие 3 факторов: 1) проявлений катарсиса; 2) явлений гипноза, направляемых в значительной степени (но не полностью) врачом; 3) личности больного и его состояния.

Явления диссоциации при декапсуляции часто неотчетливы. Так, у группы больных, которых лечили декапсуляцией с ежеминутно регистрируемыми сеансами, 3 фазы (органный, эмоциональный и фаза представления) могли быть легко различимы только в немногих более чем в половине случаев, в то время как у четверти больных органический и эмоциональный фаза проходили быстро — примерно за 1 минуту (или даже меньше) перед фазой представления. На латентную фазу у всех пациентов накладываются проявления гипноза. Глубина гипноза остается неизменной во время отреагирования при декапсуляции у двух третей больных.

Периоды временного ухудшения при декапсуляции имеют некоторые особенности. Одно из преимуществ этой техники перед другими катарсическими методами — возможность смягчения периода ухудшения, который характерен для отреагирования. Смягчение происходит, когда проводится сеанс с положительной суггестией. Однако эта положительная сторона декапсуляции обязует врача внимательно оценить происходящее улучшение: он не должен сосредоточивать внимание только на суггестивном эффекте, который может скрывать и маскировать эффект от отреагирования. Хороший суггестивный эффект недолог, и у больного может возникнуть «псевдорецидив» (Чолаков, 1940), что вызовет необходимость продолжить лечение.

Предполагается, что при декапсуляции врач находится в более выгодном положении, так как сохраняется контакт с больным, хотя на отдельных сеансах у части пациентов врач воспринимается как лицо из психотравмирующей ситуации. Такое же положение возникает и при репродукции, разница только в том, с кем идентифицируется психотерапевт. Так, при декапсуляции врач может идентифицироваться с плохо относящимся к больному лицом, что при репродукции бывает реже, и не случайно: больной суггестивно направляется к разным переживаниям в связи с контактами именно с теми лицами, которые враждебно относятся к нему. Декапсуляция как более активная техника, при которой психотерапевт преднамеренно ищет, зондирует и находит психотравмы, способствует обнаружению большого числа причин для психотравматизации.

Независимо от проблем, вытекающих из сравнения отдельных катарсических методов, декапсуляция более удобна как для больного, так и для врача. Однако она применяется реже, чем репродукция или другие психокатарсические методы, потому что далеко не все пациенты поддаются гипнозу, который является обязательным предварительным условием использования декапсуляции, в то время как репродукция применима ко всем пациентам.

См. также *Искусственная репродукция аффективных переживаний по Крестникову, Катарсис, Катарсическая психотерапия.*

**ДЕТСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Собирательное понятие, включающее различные психотерапевтические подходы и методы, применяемые для лечения детей и подростков с психическими, пограничными и психосоматическими заболеваниями, направленные и воздействующие на ребенка и его окружение.

Д. п. обычно начинается с установления доверительных отношений между психотерапевтом и ребенком, а в случае необходимости — с устранения острой симптоматики. Затем психотерапевт осуществляет психотерапевтически-ориентированную диагностику расстройств, постановку терапевтических целей, достижение их и контроль за эффективностью (Schmidtchen St., 1978). Заключительным этапом Д. п. является закрепление полученного терапевтического эффекта и профилактика возможных рецидивов.

По мнению ряда авторов, Д. п. берет свое начало с 1909 г., когда *Фрейд* (Freud S.) опубликовал свою работу «Анализ фобии у пятилетнего мальчика». Это первая работа, в которой описанные психологические трудности ребенка и его заболевание объясняются эмоциональными причинами. Однако попытка непосредственного перенесения *психоанализа* взрослых в Д. п. была подвергнута критике, в частности в связи с тем, что ребенок, в отличие от взрослых, не может полноценно описывать словами свое состояние и не способен понять связь своего настоящего состояния с биографическим опытом. Методы и подходы Д. п. совершенствовались параллельно аналогичным разработкам для взрослых, однако практически с самого начала зарождения Д. п. имела свою специфику.

Уже с 1919 г. Кляйн (Klein M., 1955) стала использовать игровые приемы как средство анализа при работе с детьми. Она считала, что детская игра так же обусловлена скрытыми и бессознательными мотивациями, как и поведение взрослых.

В 1930-е гг. Леви (Levy D., 1938) были предложены методы, направленные на отреагирование, — структурированная *игровая психотерапия* для детей, переживающих какое-либо психотравмирующее событие. Он полагал, что в игровой ситуации возможно отреагирование агрессивных тенденций в поведении. Одновременно развивалось еще одно направление игровой детской психотерапии — терапия построения отношений (Taft D., 1933; Allen F., 1934). Философской и методологической основой этого направления стали работы Ранка (Rank O., 1936), который перенес акцент с исследования жизни ребенка и его бессознательного на развитие, поставив в центр внимания то, что происходит «здесь и теперь» в эмоциональных отношениях между ребенком и психотерапевтом. На принципах *клиент-центрированной психотерапии* была разработана недирективная игровая психотерапия (Axline W., 1947). Цель этой психотерапии состоит в самопознании и развитии самоуправления ребенка. В общении с психотерапевтом ребенок получает возможность играть так, как ему хочется, или вообще ничего не делать. Психотерапевт при этом не управляет и не направляет ребенка, а лишь способствует более полному раскрытию его в различных проявлениях на момент встречи.

С середины 1950-х гг. начал функционировать Институт детского психоанализа А. Фрейд (Freud A.). Ее подход к психоанализу детей еще в большей мере, чем у Кляйн, и теоретически и методологически отличался от психоанализа взрослых, поскольку наряду с игровыми методами предполагалась и воспитательная работа — активное вмешательство психотерапевта во взаимоотношения ребенка с окружающей средой. Такое совмещение двух зачастую противоречивых ролей возможно лишь при высоком авторитете психоаналитика у ребенка.

Сказанным выше, конечно, не исчерпывается все многообразие психотерапевтических подходов в Д. п., существующих в настоящее время. В частности, выделяются 2 принципиальные ориентации в Д. п. — работа непосредственно с ребенком и работа с его социальным окружением (в первую очередь с семьей и детским коллективом). Обе ориентации могут реализовываться на различных уровнях: мотивационно-эмоционально-аффективном, логико-познавательном, поведенческом, психофизиологическом. Предполагается, что разные психотерапевтические направления могут включать методы различной ориентации и уровня воздействия. Например, детский психоанализ при таком рассмотрении включает ориентацию и на ребенка (игровые методики и др.), и на среду (работа с родителями в виде различных форм *семейной психотерапии*).

Для построения психотерапевтически ориентированного диагноза предлагается учитывать 6 вариантов этиопатогенетических факторов: 1) ситуативные проблемы; 2) проблемы в семейной системе;

3) когнитивные и поведенческие проблемы; 4) эмоциональные нарушения; 5) нарушения развития и личностные расстройства; 6) биологические отклонения. Одного фактора недостаточно для полного понимания проблем ребенка, и лишь их сочетание в различных пропорциях ведет к построению удовлетворительной рабочей гипотезы.

В нашей стране проблемы Д. п. активно разрабатывались рядом авторов так называемой ленинградской школы, в первую очередь А. И. Захаровым, В. И. Гарбузовым, Э. Г. Эйдемиллером и М. И. Буяновым, А. С. Спиваковской, Ю. С. Шевченко и др. Методологической основой Д. п. является комплексное использование различных психотерапевтических подходов в рамках основных форм психотерапии (индивидуальной, семейной, групповой) с учетом специфики и этапов онтогенетического развития. Использование психотерапевтических методов и их сочетание в конкретных индивидуальных (семейных) психотерапевтических программах определяется этапом нервно-психического развития ребенка (выделяются 5 этапов: 1) период самоутверждения, становления личности, ее самооценки и системы отношений — 2,5-4 года; 2) период застенчивости — 4-7 лет; 3) период адаптации в массовой школе — 7-8 лет; 4) период адаптации личности в коллективе — 9-11 лет; 5) подростковый период — 11-20 лет), а также возрастным уровнем преимущественного нервно-психического реагирования (выделяют 4 уровня: 1) соматовегетативный — 0-3 года; 2) психомоторный — 4-7 лет; 3) аффективный — 5-10 лет; 4) эмоционально-идеаторный — 11-17 лет). Практически всеми указанными выше авторами отмечается, что незрелость личности ребенка, своеобразие психогенных факторов, ведущих к невротическому реагированию, такие особенности детской психики, как раздражительность, впечатлительность, склонность к фантазированию, аффективность, внушаемость и др., делают невозможным механический перенос методов психотерапии взрослых в Д. п. Ведущая тенденция в психотерапии детей — переход от симптомоцентрированных к личностноцентрированным методам по мере взросления пациентов. Чем младше ребенок, тем менее нозологически дифференцированы его нервно-психические расстройства и тем труднее их психотерапевтическая коррекция. Так, например, при синдроме невропатии (который является наименее специфичным) возможности психотерапии ограничены и заключаются главным образом в психотерапевтической коррекции воспитательных подходов матери. Такая ориентация в психотерапии маленьких детей на работу с системой «мать и дитя» объясняется особой важностью и симбиотическим характером взаимоотношений ребенка с матерью в первые годы жизни (Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н., 1977).

В периоде самоутверждения, становления личности, ее самооценки и системы отношений выбор психотерапевтического метода обусловлен основными психологическими проблемами ребенка и включает в себя, помимо лечебно-педагогической коррекции неправильного стиля семейного воспитания (чаще в форме различных вариантов семейной психотерапии), методы детской игровой психотерапии, обеспечивающие оптимизацию взаимоотношений со сверстниками (Эйдемиллер Э. Г., 1988).

Психотерапия в периоде застенчивости также строится с учетом проблем ребенка; объем психотерапевтического воздействия расширяется и предполагает включение семейной и индивидуальной, ориентированной на разъяснение психотерапии. На этом этапе большое значение приобретает *групповая психотерапия*. Ее задача — эмоциональное отреагирование конфликтной ситуации в группе и десенсибилизация угрожающих образов в сознании посредством их условного изображения и преодоления в игре (Захаров А. И., 1979).

Психотерапия в периоде адаптации в массовой школе в большей степени ориентирована на преодоление коммуникативных трудностей. Наряду с индивидуальной и семейной психотерапией активно используются поведенческие методы (контактная десенсибилизация, эмотивное воображение, парадоксальная интенция, *тренинг самоутверждения*). Групповая психотерапия сочетается с семейной.

В подростковом периоде акцент в психотерапии все больше смещается на методы личностно-ориентированной психотерапии — семейную и групповую в их интеракционной и структурной моделях. На этом этапе поведенческие, особенно гипносуггестивные, методы психотерапии становятся все менее значимыми (Гончарская Т. В., 1979).

Таким образом, современная Д. п. строится на применении различных взаимодополняющих психотерапевтических методов с учетом этапов нервно-психического развития ребенка.

**ДЗЭН-ПСИХОТЕРАПИЯ.** Дзэн — не религия и не философия, это образ жизни,

обеспечивающий человеку гармонию с самим собой и с окружающим миром, избавляющий от страха и других тягостных переживаний и ведущий к свободе и полной духовной самореализации. В связи с этим трудно переоценить психотерапевтическое значение дзэн. На Западе широкое распространение знаний о дзэн-буддизме началось после Второй мировой войны. Парадоксальные задачи дзэн (коаны), направленные на обучение, сбивали с толку и интриговали западных исследователей. Их цель — приведение концептуального мышления в тупик, формирование такого состояния сознания, при котором обучающийся непосредственно воспринимает свою собственную сущностную природу. Такая цель чужда западным философским системам, но полностью согласуется с принципами начального буддизма.

Корни буддизма — в учении индийского мудреца Гаутама Сиддхартхи. После глубокой и длительной медитации Гаутама стал Буддой («Просветленным»): он пережил глубокую внутреннюю трансформацию и все его мироощущение изменилось. Преобразовался его подход к вопросам болезни, старости и страдания, поскольку изменился он сам. Будда никогда не претендовал на бытие большее, чем человек, но он развил себя до полностью зрелого человеческого существа, а это столь редко, что кажется сверхчеловеческим или боговдохновенным. Однако центральное представление буддизма состоит в том, что каждый человек обладает природой Будды — способностью превращаться в Будду, развиваться в совершенное человеческое существо.

Будда учил, что человеку присущи страдание и неудовлетворенность, что все феномены находятся в процессе постоянного преобразования и никто не обладает неизменным «Я». Игнорируя эти «признаки бытия», человек тщетно цепляется за преходящие феномены, что и является причиной страдания. Мудрость заключается в отказе от привязанностей в результате ясного восприятия, приводящего к прекращению страдания.

Будда учил восьмеричному пути спасения, который состоит из: 1) правильных взглядов (воззрений); 2) правильных намерений; 3) правильных слов (истинная речь); 4) правильных дел; 5) правильной жизни; 6) правильных усилий; 7) правильной памяти; 8) правильного созерцания (правильная *медитация*). Дзэн концентрирует внимание на последнем пункте «пути» — на правильном созерцании.

В буддизме существует 2 основные традиции: хинаяна и махаяна. Дзэн — одна из больших сект махаяны, основанная в Китае в VI в. н. э. Бодхидхармой — индийским буддийским монахом. В XI-XII вв. японские буддисты отправлялись в Китай изучать дзэн. Возвращаясь в Японию, они основывали монастыри, воспитывали учеников и распространили дзэн (кит. — чань) в Японии.

Хинаяна и махаяна различаются представлениями о природе идеального человека. Идеал хинаяны — архат — человек, полностью отрешившийся от привязанностей к семье, собственности, удобствам, чтобы стать совершенно свободным от мира.

Архат аскетичен и равнодушен ко всему мирскому, благодаря интенсивной духовной дисциплине он победил врага — свои страсти. Идеал махаяны — бодхисаттва — глубоко страдающее существо, решившее остаться в мире, пока все остальные не будут избавлены от страданий: без этого он сам не может обрести полного удовлетворения. Бодхисаттва дает обет не входить в нирвану, пока все чувствующие существа, вплоть до каждого стебелька травы, не будут просветлены.

Сострадание — великая добродетель бодхисаттвы, результат восприятия страданий других как своих собственных. С точки зрения махаяны это и есть просветление. В опыте просветления преодолевается не мир, а эгоистическое «Я». Путь бодхисаттвы подразумевает отказ от мира, но не от существа в мире. Эти два идеала скорее дополняют друг друга, чем противоречат друг другу. Понятие архата центрируется на самодисциплине и на работе над собой; идеал бодхисаттвы подчеркивает служение другим — и то и другое необходимо для духовного развития.

Дзэн-буддизм возник как синтез индийского буддизма и распространенного в Китае даосизма. Основным принципом даосизма и дзэн-буддизма является принцип невозможности выразить высшую истину в словах и знаках и постичь ее в рамках дискурсивно-логического мышления. Истинная реальность не может быть адекватно сформулирована и описана какими-либо лингвистическими средствами. Просветление, т. е. постижение подлинной сущности вещей и явлений, наступает тогда, когда человек освобождается от привязанности к слову и знаку. Поскольку слова не могут адекватно отразить истинную реальность, то для ее достижения рекомендуется вернуться к целостному,

нерасчлененному источнику опыта, который обнаруживается в глубинных слоях психики, не затронутых *вербализацией* (Абаев Н. А., 1989). Состояние сознания, максимально благоприятствующее непосредственному переживанию психологического опыта, с помощью которого можно идентифицировать себя с истинной реальностью, осуществляется методом буддийской практики психической саморегуляции — медитации.

Традиционная практика дзэн связана с «медитацией сидя» (дза-дзэн). Существует две разновидности практики дза-дзэн: размышление над коаном (школа Риндзай) и простое сидение с концентрированным сознанием без вспомогательных средств (школа Сото).

Коан — диалог между учеником и мастером дзэн. Парадоксальные и нелогичные ответы заставляют спрашивающего выйти за рамки дискурсивно-логического мышления, погасить эгоцентрическое индивидуальное «Я». Один из знаменитых коанов называется «Му!». Ученик спрашивает учителя: «Обладает ли собака природой Будды?» Учитель парирует: «Му!» Ответ можно перевести как «Ничто!» или понимать как простое восклицание. Ученик всерьез обдумывает буддийское учение о том, что все чувствующие существа обладают природой Будды. В Китае того времени собака считалась низшим из животных, нечистым зверем, и ученик спрашивает: неужели такое низкое создание тоже обладает природой Будды? Учитель не попадает в ловушку — принять предположение спрашивающего о том, что существует такая определенная вещь, как «природа Будды», которой можно обладать. «Му!» — это решительный отказ от дискурсивно-логического, дуалистического мышления, основанного на расчленении целого на части, противопоставлении их друг другу, в результате чего разрушается гармоничное единство и целостность бытия. Размышляя над этим коаном, ученик не должен пускаться в «интеллектуальные спекуляции» о вопросе, ответе и их связях. Цель коана — привести ученика к видению собственного невежества, побудить его пойти дальше абстрактных рассуждений, искать истину в самом себе.

В школе дзэн ученикам объясняют, что наиболее важный аспект обучения связан с их повседневной жизнью и они должны научиться разрешать свой личный коан. Но личный коан не имеет окончательного решения, а потому проблема может быть разрешена только изменением себя: меняется не проблема, а отношение человека к ней. Гаутама начал свой путь в надежде разрешить коан болезни, старости и смерти. Однако даже после того, как он стал Буддой, проблемы остались неизменными: Будда не стал бессмертным или лишенным возраста, но его понимание возвысилось над прежней его озабоченностью этими проблемами.

Подход к медитации в школе Сото называется «просто сидением», без размышления над коаном или другого упражнения для ума. Медитирующий стремится поддерживать состояние концентрированного сознания без напряжения или расслабления, но сохраняя бдительность. Это похоже на сидение у дороги и слежение за дорожным движением. Медитирующий наблюдает проходящие мысли, не вникая в них.

Техника медитации дза-дзэн как один из методов психической саморегуляции широко практикуется в настоящее время на Западе. Состоит она в следующем. Прежде всего необходимо соблюдать правильную позу: нужно сидеть удобно, с выпрямленной спиной, не напрягаясь. Под выпрямленной спиной учителя дзэн имеют в виду, что позвоночник естественно изгибается немного ниже середины спины: попытка сидеть прямо в буквальном смысле этого слова только исказит естественную кривизну позвоночника и создаст неудобство и напряжение. Можно сидеть с выпрямленной спиной на стуле; нижняя часть ног должна быть под прямым углом к полу и к верхней части ног. При сидении на полу используют небольшую жесткую подушку, чтобы поднять ягодицы; при этом садятся на край подушки, так что на нее опирается конец позвоночника и ничто не давит на бедра и не препятствует кровообращению. Можно принять позу лотоса (ступня каждой ноги располагается на противоположном бедре) или полулотоса (только левая ступня на правом бедре). Длинноногим рекомендуется сидеть в бирманском стиле: левая ступня заложена под соединение между правым бедром и тазом, правая нога выпрямлена параллельно левой, обе ноги лежат на полу. Голова не должна отклоняться ни назад, ни вперед и должна быть почти невесомой. Руки кладут на колени — левую на правую так, чтобы большие пальцы слегка соприкасались. Рекомендуется сесть лицом к стене, на расстоянии 2—3 метров, чтобы удобно было фокусироваться на ней; глаза полностью не закрываются.

Другим важным моментом практики дза-дзэн является правильное дыхание: спокойное дыхание

вызывает спокойное состояние ума. Во время дза-дзэн дыхание осуществляется за счет брюшных мышц и диафрагмы. Медленный, задержанный выдох производится путем сокращения диафрагмы, так что она противодействует движению брюшных мышц, которые стараются вытолкнуть воздух из легких. Это противодействие вызывает напряженность в брюшной мускулатуре, а поддерживать такое состояние — крайне важно в практике дза-дзэн. Все части тела неподвижны, работают только брюшные мускулы. Их действие является важной частью механизма, поддерживающего сосредоточенность и бдительность ума. Нижняя часть живота на Востоке называется «танден». Это вместилище духовной силы человека. Правильная поза обеспечивает сосредоточение на этой части массы тела, что создает в ней сильное напряжение. Особое дыхание тоже увеличивает это напряжение. Стимулы из тандена способствуют поддержанию состояния бодрствования ума. Именно правильная манипуляция нижней частью живота дает возможность контролировать деятельность ума. Поза и дыхание представляют собой ключ к сосредоточению, успокоению ума, вступлению в самадхи.

Самадхи — состояние тотального спокойствия, когда «отпадает ум и тело», когда нет движения ни одной мысли, ум опустошен, но человек находится в состоянии высшей бдительности. Это особое состояние сознания связано с высвобождением реликтовых форм дологического мышления, с открытием континуальных (глубинных) его потоков. Этот вид сознания присутствует в нас, но остается закрытым логико-структурированной формой рефлексивного мышления, в связи с чем самадхи невозможно описать словесно.

Фромм (Fromm E., 1960) в своем очерке «Дзэн-буддизм и психоанализ» указывал на интеграцию интеллектуального и аффективного знания, к которому стремятся эти две дисциплины. Он видел их общую цель в прорыве к большему *осознанию* того, что прежде было неосознаваемым, в преодолении человеческой отчужденности. Многие видные западные психологи и психиатры интересовались дзэн: Юнг (Jung C. G.), Хорни (Horney K.), Маслоу (Maslow A. H.), Перлс (Perls F. S.) и др.

**ДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ ПО АММОНУ.** Аммон (Ammon G.) — известный психиатр и психотерапевт, основатель Берлинской школы динамической психиатрии. Первоначально обучался у последователей Фрейда (Freud S.) в Берлинском психоаналитическом институте; с 1956 по 1965 г. — у Меннингера (Menninger K.A.) в США. Являлся президентом Международной ассоциации динамической психиатрии.

Одно из центральных понятий Д. п. п. А. — социальная энергия. В трудах Аммона содержатся разные определения этого понятия: «социальную энергию я понимаю как энергию, данную индивидууму из окружающего его мира», «социальная энергия — сила, которую люди могут давать друг другу», «социальная энергия — это идентичность как психическая энергия, мотор структурного развития "Я"».

Судя по этим определениям, а также по тому, что он однозначно не считал социальную энергию «биологически-физической величиной», Аммон использовал этот термин не в его традиционном физическом понимании — как меру движения материи, имеющую определенную физическую природу, а в более общем смысле — как деятельную силу. Он указывал, что у него есть предшественники. Среди прочих ссылаясь на Бётчера (Boettcher H.), который говорил о межличностном энергетическом уровне, причисляя сюда мотивационный и информационный компоненты, и даже на В. И. Ленина, который также упоминал о социальной энергии — без сомнения, в обыденном смысле этого слова. Говоря о важности человеческого эмоционального тепла в проблеме воспитания, Аммон ссылаясь на работы А. С. Макаренки, А. Р. Лурия, А. Н. Леонтьева и П. Я. Гальперина, но тем не менее утверждал, что то, что он вкладывает в это понятие, представляет собой существенную новизну для психологии и психоанализа. Главное отличие заключается в том, что развитие личности понимается на основе социальных, межличностных процессов, а не изолированно от аутохтонных биологических закономерностей. Фрейд говорил о биологически-физическом неспецифическом резервуаре энергии, из которого исходит рост функции «Я». На первоначальном этапе Аммон вслед за Фрейдом предполагал, что источником социальной энергии является раннее нарциссическое обращение первичной семейной группы, иными словами, заботливое отношение родителей в раннем детстве. Однако позднее он пришел к выводу, что психическая энергия не возникает изнутри, а связана с социальным полем человека и что человеческому развитию способствует не только удовлетворение нарциссических потребностей, но и социальная энергия в виде критики, сомнений. В рамках такого понимания ребенок, оставшийся без



материнского ухода (наблюдения в детских домах), умирает не от имманентного инстинкта смерти, как это трактует Шпитц (Spitz R. A.), а от социально-энергетического голода.

Дистанцируясь от принятых в психологии понятий «источник» и «получатель» в описании контакта, Аммон полагал, что речь при общении идет не в линейном измерении, а в параметре силового поля, формирующегося в ходе контакта и структурно дифференцирующегося за счет изменений актуальных и латентных отношений.

В понимании Аммона, возникающая при общении между людьми социальная энергия подчиняется закономерностям *групповой динамики*, руководящей подачей социальной энергии и воздействующей на отдельные функции «Я» в их взаимозависимости. Занятие каким-то предметом или вещью также может стать социально-энергетически действенным, поскольку происходит в социальном поле, определяемом межличностными отношениями, — в социально-энергетическом поле.

С точки зрения Аммона, наиболее существенное следствие пребывания человека в социально-энергетическом поле — развитие его личности. Каждая значимая для человека встреча меняет его, результатом является постоянно меняющаяся целостная идентичность, формирующаяся на основе цепи важных встреч и кризисных ситуаций. Социальная энергия выполняет функцию трансмиттера между динамикой группы и структурными следствиями для каждого участника этой группы. Структура «Я» — это «текущая социальная энергия, которую личность отражает в сумме полученной социальной энергии как в количественном, так и в качественном отношении», а умение регулировать социальную энергию, способность получать и отдавать ее Аммон относил к одной из центральных функций личности, тесно связанных с ее идентичностью.

Действенность социальной энергии, с точки зрения Аммона, обусловлена тем, что она затрагивает «центральное "Я" человека, т. е. его бессознательное». Развитие личности идет по спирали, при этом она проходит следующие этапы: получение социальной энергии, структурные изменения в бессознательном, изменение идентичности «Я» и внутригрупповых отношений и новый уровень получения социальной энергии.

Аммон дифференцировал качество социальной энергии (конструктивная, деструктивная и дефицитарная), определяющее характер формирующейся личности. Конструктивная социальная энергия определяется большей выносливостью к нагрузке. Характерная особенность этого вида энергии состоит в том, что к человеку не только относятся с теплом, вниманием, не только принимают его всерьез, но и «держат перед ним зеркало, в котором показывают ему, кто он и куда может развиваться». По способности переносить страх можно определить социально-энергетический потенциал человека. Деструктивная энергия сопутствует любым формам открыто враждебного, агрессивного обращения к человеку, ограничения его личной свободы. Дефицитарная социальная энергия представляет случаи намеренного отказа от обращения к человеку, лишения его эмоционального тепла и стимулов структурного роста личности. Дефицитарное социально-энергетическое поле, как считал Аммон, характерно для формирования симбиотических отношений.

В патогенных групповых структурах социальная энергия может поддерживать, усиливать неконструктивные, морбидные личностные характеристики. Так, партнеров по группе, способствующих взаимоподкреплению нарциссических потребностей, Аммон образно называл нарциссическими сообщниками. Из понимания морбидной роли социальной энергии вытекает и концепция терапии по Аммону. Групповые деструктивные и дефицитарные поля, поддерживающие заболевание, должны быть в терапевтическом социально-энергетическом поле заменены на конструктивные — временно, до наступления соответствующих изменений в бессознательной сфере, которые будут иметь следствием иную идентичность «Я», другой рисунок социального поведения и потребностей. Предполагается, что после этого пациент уже сам, вне терапии, будет стремиться к попаданию в конструктивные социально-энергетические поля, что должно привести к устойчивому выздоровлению. Задача терапии — обеспечить создание социально-энергетического поля, которое было бы адекватно актуальному состоянию идентичности «Я» больного. Регулирующую работу с целью обеспечить способность к приему социальной энергии Аммон считал более важной, чем фокусировку на толковании *переноса*. Функция психотерапевта — гибко балансировать между удовлетворением нарциссических потребностей больного (избыточное удовлетворение может затормозить индивидуальное развитие на уровне симбиотических отношений с врачом) и конфронтационной работой, обеспечивающей

индивидуальный рост (избыточная активность чревата вырождением архаичных страхов быть покинутым матерью).

Представление о решающем значении для развития личности социальных отношений индивидуума, далеко выходящих за пределы диадного контакта с матерью, давно уже является общепризнанным в психологии и психоанализе. основополагающие работы в этой области появились еще в довоенные годы. К концепции инстинкта смерти, отвергаемой сейчас большинством психоаналитиков, критически относился к концу своей жизни и ее автор. О силовом поле социального воздействия, полемизируя с линейным видением межличностных отношений, как известно, впервые заговорил Левин (Lewin K.). И хотя в свете этих данных трудно говорить об абсолютной новизне этой стороны концепции социальной энергии по Аммону, это ни в коей мере не умаляет заслуг Аммона как одного из страстных полемистов, которому социальная наука обязана своим нынешним состоянием. Понятие «социальная энергия» весьма современно и содержит собственный потенциал дальнейшего развития.

Эффективность психотерапии своих предшественников Аммон объяснял тем, что они могли интуитивно создавать социально-энергетическое поле, но не умели точно оценить, что же на самом деле способствовало эффективности лечения. В значительной степени это, по-видимому, справедливо. Однако многие психотерапевты не согласятся с тем, что само по себе терапевтическое социально-энергетическое поле в достаточной мере определяет последующее стремление больного к благоприятным социально-энергетическим полям и избегание неблагоприятных, и подумают о необходимости коррекции дезадаптивных механизмов *психологической защиты*. С трудностями формирования мотивации к продуктивному поведению столкнулся, как известно, еще Роджерс (Rogers C. R.).

В системе психотерапии больных неврозами в Д. п. п. А. сочетается широкий спектр вербальных и невербальных методов: индивидуальная и групповая *психоаналитическая психотерапия*, *хореотерапия*, *музыкотерапия*, *арттерапия*, театр больных, верховая езда, а также *терапия средой*, в центре которой осуществление проекта совместной групповой работы, избираемого самими больными.

В созданной Аммоном клинике, в Мюнхене, реализована совершенно уникальная по мировым масштабам организация психотерапии и терапии средой, являющаяся, по сути, современным эталоном терапевтической среды психиатрического лечебного учреждения.

**ДИНАМИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ.** Общее название ряда видов психотерапии, ориентированных на психоаналитическую теорию. Основой Д. н. в п. является достижение понимания динамики психической жизни индивида, основанное на концепции бессознательного. Динамическая (психодинамическая) психотерапия известна также под названием *психоаналитической психотерапии*, ориентированной на *инсайт* терапии, эксплоративной психотерапии. В ней акцентируется внимание на воздействии прошлого опыта на формирование определенного стиля поведения — через особые когнитивные способы (защита), межличностное взаимодействие и восприятие партнера по общению (*перенос*), — которому пациент следует в течение жизни и который таким образом влияет на его здоровье.

Д. н. в п. берет начало от *классического психоанализа* (Фрейд (Freud S.)). Наиболее известными в Д. н. в п. являются: *аналитическая психология* (Юнг (Jung C. G.)), *индивидуальная психология* (Адлер (Adler A.)), *волевая терапия* Ранка (Rank O.), *активная аналитическая терапия* Штекеля (Stekel W.), *интерперсональная психотерапия* Салливана (Sullivan H. S.), *интенсивная психотерапия* Фромм-Райхманн (Fromm-Reichmann F.), *характерологический анализ* Хорни (Horney K.), *гуманистический психоанализ* (Фромм (Fromm E.)), *Эго-анализ* Кляйн (Klein M.), *Чикагская школа* (Александр (Alexander F. G.)), Френч (French T. M.)), *секторная терапия* Дойча (Deutsch F.), *объективная психотерапия по Карпману* (Karpman B.), *краткосрочная психодинамическая психотерапия* (Александр (Alexander F. G.)), Сифнеос (Sifneos P. E.), Малан (Malan D. H.), Беллак (Bellak A. S.), Девенлу (Devanloo H.), Страпп (Strupp H. H.)), *психобиологическая терапия* Майера (Meyer A.), *биодинамическая концепция* Массермана (Masserman J. H.), *адаптационная психодинамика* Раддо (Rado S.), *гипноанализ* (Волберг (Wolberg L. R.)), *характерологический анализ* Райха (Reich W.) и некоторые другие.

Согласно Д. н. в п., определяющим в понимании природы человека и его болезней является то, что все психические феномены — это результат взаимодействия и борьбы интрапсихических сил. В

соответствии с теорией конфликта инстинктов Фрейд описал основные силы в этой борьбе, которые участвуют в происхождении неврозов: «Человек заболевает в результате интрапсихического конфликта между требованиями инстинктивной жизни и сопротивлением им». Этиологию неврозов он считал сексуальной по природе. Психоаналитический подход включает пять фундаментальных принципов: динамический, экономический, структурный, принцип развития, принцип адаптации. На этих принципах основывается психоаналитическое наследие, для которого наиболее существенными являются следующие положения: 1) главное значение имеют человеческие инстинктивные импульсы, их выражение и трансформация и, что наиболее важно, их подавление, посредством которого удастся избежать болезненных чувств или переживаний неприятных мыслей, желаний и воздействия сознания; 2) вера, что такое подавление является, по существу, сексуальным, что причиной расстройства является неправильное либидинозное, или психосексуальное, развитие; 3) идея, что корни неправильного психосексуального развития находятся в далеком прошлом, в детских конфликтах или травмах, особенно это касается родительского *эдипова комплекса*, выраженного в классическом желании противоположного по полу родителя; 4) уверенность в *сопротивлении* выявлению эдипова комплекса, его быстром восстановлении; 5) мысль о том, что, по существу, мы имеем дело с борьбой между биологическими внутренними импульсами (или инстинктами — Ид) и выступающим в роли защиты по отношению к внешней реальности Эго — в общем контексте моральных правил или стандартов (Супер-Эго); 6) приверженность концепции психического детерминизма, или причинности, согласно которой психические феномены, так же как и поведение, бесспорно, не изменяются случайно, а связаны с событиями, которые предшествуют им, и, если не делаются осознанными, невольно являются основанием для повторения.

Терапевтические изменения и лечебный процесс в Д. н. в п. своей конечной целью имеют *осознание* бессознательного (если сформулировать эту задачу в возможно более краткой форме). Это означает, что психотерапевт вызывает изменения, которые облегчают проявление и понимание пациентом бессознательного, в основном либидинозного содержания. Динамический психотерапевт ищет способ раскрытия у пациента преимущественно сексуального подавленного содержания и сопротивления этому. Он добивается этого путем медленного, скрупулезного объяснения и разгадывания исторического значения психических явлений и косвенных форм, в которых выражаются закомуфлированные конфликты, лежащие в их основе. Понятно, что поэтому динамическая цель иногда значительно удалена. В лучшем случае данная концепция лечения означает возможность полной реорганизации личности при окончательном разрешении невротического конфликта. Наиболее важным проявлением этого служит разрешение эдипова комплекса, что традиционно считается необходимым для здоровой личности. Окончательная интеграция личности означает власть Эго над импульсами Ид, или, как следует из классики, «где было Ид, там будет Эго». Центральным в природе терапевтического взаимодействия в Д. н. в п. является постоянное осторожное внимание к особым отношениям между психотерапевтом и пациентом, что касается как субъекта, так и объекта анализа. Исторически были описаны две роли, или позиции, психотерапевта: первичная — с принятием во внимание явлений переноса и более поздняя, вторичная, — с осуществлением рабочего, или терапевтического, союза. Первичная позиция базируется на рекомендациях Фрейда: 1) аналитик подобен зеркалу по отношению к пациенту, отражая только то, что дает пациент, и не внося собственные чувства (отношения, ценности, личную жизнь); 2) аналитик следует позиции отсутствующего, или роли воздерживающегося, т. е. технические установки должны объединяться с этическими, для того чтобы предотвратить предложение психотерапевтом любви пациенту, которой тот страстно желает. Сравнительно недавно возникшая концепция рабочего, или терапевтического, союза отражает альтернативные, нерегрессивные, рациональные отношения между пациентом и психотерапевтом. В этом случае психотерапевт стремится к формированию реального и зрелого союза с сознательным, зрелым Эго пациента и поощряет его быть партнером в выявлении его трудностей.

Динамический подход реализуется преимущественно средствами *вербализации*, включающей *свободные ассоциации* пациента и анализ психотерапевтом реакций переноса и сопротивления. Анализ как задача психотерапевта облегчается четырьмя специфическими процедурами: *конфронтацией*, *прояснением (кларификацией)*, *интерпретацией* и прорабатыванием. Методика свободных ассоциаций с самого начала является основным способом взаимодействия психотерапевта с «бесцензурным»

содержанием психики пациента. Она служит главной процедурой для выявления «сырого» материала, на котором базируется анализ. Анализ включает также освещение сновидений, которые Фрейд считал «королевской дорогой к бессознательному». Конфронтация обращена к распознаванию пациентом специфических психических явлений, подлежащих исследованию; прояснение предполагает помещение явлений в «резкий фокус», чтобы отделить важные аспекты от незначительных; интерпретация следует за полученным материалом, определяя (в вопросительной форме) основной смысл или причину события; прорабатывание обращено к повторению, постепенному и тщательно разработанному исследованию интерпретаций и сопротивлений до тех пор, пока представленный материал не интегрируется в понимание пациента. Интерпретация является наиболее важной процедурой, а прорабатывание — самой длительной частью психотерапии. Прорабатывание обязательно включает самостоятельную работу пациента вне психотерапевтических часов. Выше уже говорилось, что Д. н. в п. представлено многочисленными вариантами. Прототипом психодинамического направления является классический психоанализ. Варианты динамического направления на практике представлены явными и скрытыми модификациями теоретических концепций и технических приемов Фрейда. Они включают попытки: частичного или полного смещения биологического фокуса Фрейда в межличностные, социальные, этические и культурные сферы (Адлер, Хорни, Салливан, Фромм, Фромм-Райхманн, Массерман и др.); расширения или усиления Эго за счет более ранних или адаптивных свойств (Кляйн и др.); ориентировки во времени посредством сосредоточения внимания на первобытном прошлом человека (Юнг), на его настоящем и / или будущем (Адлер, Штекель, Ранк и др.); расширения лечебных процедур путем изменения диапазона и целей лечения (Ранк, Александер, Дойч и др.); развития принципов краткосрочной психотерапии с ее провоцирующими тревогу приемами (Сифнеос и др.), акцентированием межличностных взаимоотношений психотерапевта с пациентом и динамическим фокусированием (Страпп (Strupp H. H.), Люборски (Luborsky L.) и др.), даже лечения серьезных заболеваний путем единственного интервью (Малан и др.); пересмотра роли личности психотерапевта и отношения к пациенту за счет превращения психотерапевта в более непосредственного, гибкого и / или активного участника психотерапевтического процесса (Адлер, Салливан, Ранк, Александер, Штекель и др.); восстановления психофизического баланса человека путем акцента на физической части психофизической организации (Массерман и др.) и / или замены традиционного вида лечения, ориентированного на характер инсайта, на такой, который возвращает к *катарсису* раннего периода путем телесного освобождения от конфликтогенного напряжения (Райх и др.).

Таким образом, основные категории в Д. н. в п. (Karasu T. B., 1977) кратко могут быть сформулированы в следующем виде: концепция патологии основана на признании существования конфликтов в сфере ранних либидинозных влечений и желаний, которые остаются вне сознания, т. е. бессознательны; здоровье достигается при разрешении таких конфликтов путем победы Эго над Ид, т. е. через усиление Эго; желательные изменения — это достижение глубокого инсайта (понимание далекого прошлого, т. е. интеллектуально-эмоциональные знания); временной подход является историческим, фокусируется на субъективном прошлом; лечение требуется, как правило, долговременное и интенсивное; задача психотерапевта заключается в понимании содержания бессознательной области психики пациента, ее исторического, скрытого значения; психотерапевтическая техника основана на интерпретации свободных ассоциаций, анализе переноса, сопротивления, обмолвок и сновидений; лечебная модель является медицинской и авторитарной: врач—пациент или родитель—ребенок (т.е. терапевтический союз); психотерапевт выполняет интерпретирующую и отражающую роль и занимает недирективную, бесстрастную или фрустрирующую позицию.

**ДИРЕКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Включает все формы психотерапии, для которых характерны принятие психотерапевтом роли организатора и руководителя терапевтического процесса, возложение им на себя ответственности за достижение психотерапевтических целей и дидактичность.

Директивная позиция психотерапевта (см. *Директивное и недирективное поведение психотерапевта*) может сочетаться с авторитарностью или партнерством в выборе целей психотерапии. Термин редко используется самими директивными психотерапевтами и обычно применяется в качестве противопоставления недирективной психотерапии в критическом смысле.

К Д. п. относятся методики *поведенческой психотерапии*, большинство приемов *гипноза* и

позитивной психотерапии. Директивные формы психотерапии являются преимущественным методом работы с регрессивными, дезориентированными пациентами (с психотической патологией) и детьми. Директивная групповая психотерапия (Directive Didactic Group Psychotherapy) первоначально была применена Маршем (Marsh L. C.) для пациентов, содержащихся в исправительных учреждениях.

К преимуществам Д. п. следует отнести то, что психотерапевт может высоковероятностно прогнозировать время и качество терапевтических изменений у пациента и более структурированно, планомерно реализовать и контролировать их, имеет возможность работать с пациентом в более интенсивном и краткосрочном режиме.

**ДИРЕКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПО ТОРНУ.** В конце 1940-х гг. Торном (Thorne F. C.) предложена модель психотерапии, включающая ряд психотерапевтических приемов, которые автор считал оригинальными. Чаще всего больному предоставляется информация, с тем чтобы переориентировать его мировоззрение. Психотерапевт прибегает к *конфронтации* пациента с фактическими сведениями о нем, стремясь добиться переоценки его установок. История болезни используется Торном в целях как диагностики, так и терапии и способствует установлению контакта, облегчению *катарсиса*, ободрению больного и достижению *инсайта*. К решению последней задачи неосознаваемые компоненты переживаний не привлекаются.

Более активным приемом является терапевтическое использование конфликта. Там, где социальной дезадаптации способствует низкая озабоченность больного создавшимся положением, могут намеренно вводиться конфликты. Больного стимулируют к переосмыслению своих установок в направлении реальности; целесообразна резкая конфронтация его с непоследовательностью поведения и мотивации на изменение его в сторону большей адаптивности.

Степень директивности различна для каждого отдельного больного и варьируется от дружеского участия до энергичной настойчивости. Торн признает, что термин «директивная психотерапия» слишком ограничен и не дает достаточно полного представления о его методе, и призывает к комплексности и интегративности психотерапевтического подхода.

**ДИРЕКТИВНОЕ ГРУППОВОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НАЯВУ ДУБРОВСКОГО.** Суггестивный прием, реализуемый в бодрствующем состоянии. Методика предложена К. М. Дубровским для «одномоментного снятия заикания». «Снятие заикания» проводится одномоментным императивным *внушением* в группе, а достигнутые результаты закрепляются в последующих 3-4-кратных встречах с врачом и логопедом. Как и другие одномоментные способы воздействия, широко применявшиеся отечественными учеными для устранения заикания и при ликвидации постконтузионного сурдомутизма (В. А. Гиляровский, А. М. Свядош, В. М. Шкловский и др.), этот прием направлен на устранение симптома, а не причины болезни. Используется как вспомогательное эффективное психотерапевтическое воздействие, поскольку целью его применения является достижение хотя бы кратковременного успеха, который убеждает больного в сохранности речи и способствует дальнейшему лечению.

**ДИРЕКТИВНОЕ И НЕДИРЕКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТА.** Поведение психотерапевта во взаимоотношениях с пациентом может устойчиво или динамически проявляться в ходе лечения в виде директивного и недирективного ролевого поведения. В каждый конкретный момент лечебного процесса врач должен учитывать, с одной стороны, свои стратегические задачи, а с другой — меняющиеся потребности, ожидания и установки пациента. Когда речь идет о директивном поведении психотерапевта, то обычно описывают роли руководителя, учителя, опекуна, менеджера, организатора лечебного процесса, в случае же недирективного поведения — партнера, консультанта, эксперта, помощника. Данный аспект взаимоотношений «психотерапевт—пациент» отражает распределение в этой диаде (аналогично в *групповой психотерапии*) власти, а значит, и ответственности за ход и результаты лечения.

При директивном поведении психотерапевта прежде всего используется общепризнанный, социально обусловленный авторитет врача как специалиста для формирования взаимоотношений по типу руководства, в котором психотерапевту принадлежит непосредственная власть. Руководство отражает традиционную медицинскую модель отношений «врач—больной», при которой основное значение придается влиянию врача на пациента. Психотерапевт занимает доминирующую, активную позицию, а больной остается сравнительно пассивным, малоактивным. В этом случае пациенты из-за их

личностных особенностей или в связи с характером заболевания неспособны к самостоятельности, они зависимы, ищут опеки, полностью полагаются на указания врача. Психотерапевт при такой форме ролевого поведения должен осознавать, что этот авторитет не является выражением превосходства его личности, а усиливает его возможности по оказанию помощи. При директивном поведении психотерапевта он структурирует ход лечения, определяет обязанности и права пациента, требования сотрудничества в терапии. Иногда он утверждает себя по отношению к больному в роли хорошего родителя или авторитетного лица. Психологический механизм идентификации позволяет пациенту усвоить необходимые конструктивные позиции, взгляды и способы поведения в жизненных ситуациях. При директивной постановке вопросов врач создает свою структуру беседы и сам направляет ее ход, намеренно затрагивает определенные темы в соответствии с разработанной стратегией. Каковы границы влияния психотерапевта на больного при директивном стиле их общения? Разъяснения, советы и рекомендации достаточно обоснованны, когда касаются медицинского аспекта болезни и лечения. Но обоснованность их значительно уменьшается, когда на них влияют морально-ценностные ориентации врача, которые могут быть иными, чем у пациента. Например, взгляд психотерапевта на проблемы брака и семьи, выбора профессии или перемены работы может отражать его личный опыт, вызывая некоторое искажение объективного видения проблем пациента и путей их решения. При этой форме ролевого поведения врач использует *внушение*, моделирование, *тренинг*, положительное *подкрепление* для формирования более зрелых способов восприятия, переживания и поведения. Примером может служить поведение психотерапевта-бихевиориста, который составляет для пациента подробную программу определенного поведения.

При проведении групповой психотерапии директивное поведение психотерапевта в общем оценивается невысоко, особенно психологами. Оно формально определяется степенью его активности и инициативности в ведении группы. Директивный психотерапевт планирует ход занятий, самостоятельно устанавливает нормы функционирования группы и приводит их в исполнение, дает советы и указания, осуществляет *интерпретации*. Психотерапевт, относительно активный и директивный в первой фазе функционирования группы, стремится создать безопасную атмосферу новым, дезориентированным больным, привить им групповые нормы поведения. Усиление активности и директивности оправданно во время использования психотерапевтических приемов.

Тенденция к негативной оценке директивного поведения в профессиональной среде связана, в частности, с убеждением, что подобный стиль может замедлить достижение группой самостоятельности, что является одним из основных условий ее успешного функционирования. Существуют разнообразные способы, ограждающие группу от чрезмерного или преждевременного вмешательства психотерапевта. Например, аналитики пассивно ждут спонтанного развития отношений в группе; последователи школы *Роджерса* (Rogers C. R.) создают благоприятный, акцептирующий климат, располагающий к самоэксплорации больных; специалисты по *гештальт-терапии* постоянно побуждают больного к сознательному выбору и решению, предлагая ему определенное действие или участие в терапевтическом упражнении.

Недирективное поведение врача включает все то, что в широком понимании составляет роль психотерапевта. Он слушает, проявляет *эмпатию*, гибок в своей тактике и с уважением относится ко всем требованиям пациента, создает для него атмосферу безопасности. Такое поведение является основой терапевтического союза, или рабочего альянса, в психодинамической психотерапии, партнерства как формы неавторитарного сотрудничества в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Эта форма взаимоотношений врача и больного труднее для них, чем руководство, но более продуктивна, когда речь идет не о поддержке и укреплении личности пациента, а о ее коррекции и изменении в направлении большей самостоятельности и ответственности в лечебном процессе и при решении проблем собственной жизни. При недирективной постановке вопросов преобладают темы, которые приносит больной. Психотерапевт ориентируется на сказанное пациентом и при этом мысленно выделяет определенные аспекты, например эмоциональное переживание.

Недирективный *групповой психотерапевт* предоставляет участникам группы свободу выбора тем и направлений дискуссий, не влияет на динамику действия, не навязывает исполнения норм. Он использует преимущественно технику отражения и *кларификации*. При этом неопределенность высказываний врача побуждает больного к повышенной активности, благоприятствует проявлению в

его речи богатого психопатологического материала — неконтролируемых и иррациональных мыслей и чувств, важных с диагностической и терапевтической точек зрения. Неподконтролируемое поведение психотерапевта наиболее ярко представляет триада (качеств психотерапевта) Роджерса — эмпатия, принятие и *аутентичность*. Для психотерапевта широкой ориентации важно оптимальное и гибкое сочетание этих двух полярных форм ролевого поведения, смена их в зависимости от особенностей лечебного процесса.

**ДИСЦЕНТНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КОНДАША.** Вариант *поведенческой психотерапии*, разработанный словацким психологом Кондашом (Kondas O., 1976). Термин «дисцентный» происходит от лат. *discere* — узнавать, познавать. В отличие от традиционной терапии поведения, Д. п. К. основывается на следующих основных принципах:

1. Касающихся развития и устранения расстройств:

- 1) признание значения психогенетических факторов;
- 2) исторический принцип развития невротических расстройств;
- 3) принцип взаимной интеракции нарушенной и ненарушенной психической деятельности;
- 4) применение принципа психологической связи по отношению к терапевтической связи.

2. Вытекающих из специфики человеческого обучения:

- 1) принцип деятельности, находящий свое выражение в активности человеческого обучения;
- 2) его психосоциальный характер;
- 3) его рационально-когнитивный характер;
- 4) особые возможности специфического применения некоторых общих принципов обучения и обусловливания, например принцип *подкрепления*, интерференции или инкубации.

Для устранения страхов Кондашом предложен модифицированный метод *систематической десенсибилизации* в виде групповых занятий. Автор рекомендует учитывать при воспроизведении ситуаций, вызывающих страх, также действительные события, имевшие место в жизни пациента; такое развитие метода позволило создать прием, названный им реагирующей десентизацией. Кондашом разработаны приемы для устранения тиков и коррекции дислексии. Приведенные выше принципы были использованы также для повышения эффективности восстановительной терапии и реабилитации.

**ДОЛГОСРОЧНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ** (Long-term Psychotherapy). Психодинамический психотерапевтический процесс. О Д. п. можно говорить, когда курс лечения превышает 40-50 сеансов. Длительное лечение, по сути, не имеет фиксированного конца, часто курс психодинамической психотерапии длится несколько лет. Продолжительность лечения зависит от числа конфликтных зон, которые должны быть проработаны в ходе лечебного процесса. Психотерапевтические занятия обычно проводят два-три раза в неделю (в отличие от одного сеанса в неделю при *краткосрочной психодинамической психотерапии* (Brief Psychodynamic Psychotherapy)). Частые встречи с пациентом позволяют врачу глубже проникнуть в его внутреннюю жизнь, ведут к более полному развитию *переноса*, а также поддерживают больного на протяжении всего периода лечения. Д. п. сосредоточивает внимание на разделяемом с психотерапевтом прошлом пациента (в то время как краткосрочная психодинамическая психотерапия сфокусирована на главном конфликте и в большей степени опирается на способность самого пациента делать обобщения и применять на практике то, что было достигнуто в ходе психотерапевтической работы). По мере углубления взаимопонимания между пациентом и психотерапевтом расширяется самопознание пациента, выявляются и разрешаются внутренние бессознательные конфликты, формируется понимание механизмов психической деятельности, что позволяет в конце концов завершить процесс лечения. Урсано, Зонненберг, Лазар (Ursano R. J., Sonnenberg S.M., Lazar S.G., 1992) выделяют следующие критерии завершения психодинамической психотерапии. Пациент: 1) чувствует ослабление симптомов, симптомы воспринимаются как нечто чуждое; 2) осознает свои характерные защитные механизмы; 3) способен понять и признать свои типичные реакции переноса; 4) продолжает *самоанализ* в качестве метода разрешения своих внутренних конфликтов. В идеальном случае вопрос о завершении лечения поднимает сам пациент, однако его может поставить и психотерапевт, анализируя рассуждения и переживания пациента по этому поводу.

Дата завершения лечения устанавливается по взаимному согласию психотерапевта и пациента за несколько месяцев, а иногда и за полгода.

**ДУБЛИРОВАНИЕ.** Одна из основных техник *психодрамы*. Д. означает, что другой человек (обычно ведущий группу или котерапевт) выступает в качестве дубля на месте протагониста (главного действующего лица) и выражает его чувства. Дублер говорит то, что сам протагонист в данной ситуации высказать не может или не осмеливается. Он стремится быть «внутренним голосом», вскрывать тайные мысли, чувства и желания. Необходимо отстраниться от своих собственных потребностей, чувств и представлений и непредубежденно вчувствоваться в протагониста и его ситуацию.

Роль дублера довольно сложна. Он должен понимать все то, что не договаривает протагонист. При этом необходимо быть «вовлеченным участником», а не «профессиональным наблюдателем».

Д. основывается на представлении *Морено* (Moreno J. L.) о закономерностях развития ребенка. В самом раннем возрасте, в рамках первого переживания мира, еще нет дифференциации между «Я» и «Ты». Ребенок не воспринимает мать в качестве «Ты», а ее заботу о себе в качестве ее действий. Мать — часть или продолжение самого себя. Она угадывает потребности и исполняет действия ребенка, которые он сам совершить еще не может. В результате ребенок как бы управляет миром по своему желанию. После того как в раннем детстве собственный мир расщепляется на реальность и фантазию, человек вытесняет или подавляет свои переживания.

Дублирующий протагониста человек так же воспринимается протагонистом в качестве «Я», как и мать новорожденным. Любое замечание дублера, соответствующее миру протагониста, и которое дубль способен выразить лучше его, воспринимается последним как собственный внутренний голос, или, по аналогии с оказанием помощи матерью, как продолжение самого себя. Поэтому протагонист не оказывает *сопротивления* верным высказываниям дублера, а принимает их и развивает в собственном диалоге.

**ДЫХАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПО МИДДЕНДОРФ.** Техника дыхательной терапии и дыхательной педагогики, развитая немецким ученым Миддендорф (Middendorff I.). Как учение о дыхании имеет также название «познаваемое дыхание». Миддендорф говорит о том, что «дыхание выполняет жизненно важную функцию. Через наше дыхание мы можем познать наше тело. Дыхание можно познать и прочувствовать. Его трудно передать словами». Миддендорф (род. в 1910) основала в 1965 г. Институт дыхательной терапии и дыхательных занятий в Берлине. Институт существует по сей день под названием «Институт познаваемого дыхания Илзе Миддендорф» и проводит курсы обучения мастерству терапевта познаваемого дыхания.

В основу метода положена тесная связь жизни и дыхания. Без дыхания жизнь затухает спустя всего несколько минут. Процесс дыхания, т. е. психологическая часть дыхания, вполне объясним и основательно изучен. Само же дыхание, непосредственно связанный с жизнью феномен, является самой неотъемлемой частью соматических процессов у человека. Если дыхание осознанно чувствуется и изучается, оно может стать путеводной нитью к лучшему восприятию самого себя, владению собой, пробудит собственные целительные силы и поможет стать открытым для трансперсональных переживаний.

В развитии сознания человека дыхание занимает центральное и выдающееся место. Культурам высокоразвитых цивилизаций (например, в Древней Греции) было известно его глубинное действие и значение. Такие понятия, как «пневма» или «одем» (дыхание, дуновение), имели отношение не только к дыханию, но и к духовной сфере. Многие духовные учения и *йога* рассматривают дыхание в той или иной степени как посредник.

Исходя из того, что кроме дыхания у организма нет более чувствительной к изменениям функции, Миддендорф выделяет следующие психофизиологические процессы дыхания: 1) механически происходит взаимодействие между дыхательными движениями и многочисленными органами тела и их функциями; 2) благодаря динамической циркуляции дыхательные движения тесно связаны с сердцем, а также с легкими и большим кругом кровообращения; 3) химически через дыхание осуществляется снабжение организма кислородом, поддерживается уровень углекислого газа, концентрация ионов, т.е. обмен веществ полностью; 4) нервно-рефлекторно действует дыхание на органы и их функции через нервные сплетения; 5) глубинно действующее влияние моторики органов осуществляется через центральную нервную систему, и прежде всего через моторику дыхания. Оно основывается на процессах, происходящих в большом мозге и в сознании человека, а значит, в его сфере чувств и переживаний.



По Миддендорф, различаются 3 вида дыхания: неосознанное (бессознательное) дыхание, желаемое дыхание и познаваемое дыхание. Долгое время в психотерапии использовались, как правило, две возможности: 1) дыхание, или дыхательные движения во время сеанса терапии оставались для пациента полностью неосознанными; 2) дыхание осуществляется осознанно с помощью воли и понимания, оно сознательно меняется в соответствии с поставленной задачей («дыхательные техники», например *аутогенная тренировка*, хатха-йога).

Миддендорф развила представление о третьем виде дыхания — «познаваемом дыхании», будучи воодушевленной работой голландца Фиенинга (Veening C.). Эта форма дыхания, практикуемая и преподаваемая во многих заведениях, предоставляет ищущему человеку возможность самопознания. Подобное познаваемое дыхание «допускается», но не осуществляется намеренно. Это означает, что пациент вначале с помощью психотерапевта знакомится со своим дыханием, познавая собственное дыхание как учитель, а затем может уже самостоятельно «обрести себя и исцелить». Самоотверженно и внимательно воспитывается способность к телесному восприятию, которое потом развивается в *осознание* своих ощущений. Внутренний мир становится шире, и мы можем жить более полной, цельной жизнью, охватывая тело, дух и внутренний мир.

При работе с познаваемым дыханием используется тот факт, что между телом и психикой может быть познана и прочувствована прямая связь. Тем самым пробуждаются целительные внутренние силы («внутренний доктор»), которые могут развиваться все больше и больше. Это заметно влияет на весь облик пациента. Так внутреннее состояние определяет внешнее. Осознание собственной личности действует укрепляюще, и мы лучше справляемся с повседневными делами. Отношения с другими людьми оживают, приобретают более спонтанный и лишенный страхов характер. Дыхание становится осознанно проживаемой жизнью.

Пути и цели дыхательной работы. Тот, кто тренируется, открывает (заново) свои возможности — творчески подходить к повседневным делам, жить радостно и осознанно работать. Путь познаваемого дыхания в этом свете является первичным движением к самопознанию и самораскрытию, где поддерживается баланс, включаются условия и осуществляется излечение болезни. Болезни могут побудить человека обратиться к дыхательной терапии. Дыхательная терапия тем не менее лечит не «болезни», а человека во всех его проявлениях. Дыхание также стабилизирует и гармонизирует так называемого «здорового» человека на психическом и физическом уровне, увеличивая способность сопротивляться болезням. Если основы здорового, естественного существования, ориентированного на конкретного индивидуума, в дальнейшем соблюдаются, острые заболевания будут возникать все реже и реже, а хронические излечатся.

Педагогическая и терапевтическая работа. В начале дыхательная деятельность сообщает тренирующемуся способность открыть неиспользуемые раньше силы и развить их в себе дальше. Таким образом, пациент больше не устает так быстро и так часто, как раньше, а при большой нагрузке остается спокойным и уравновешенным. Он лучше и более осознанно познает свой внутренний и внешний мир. Если пациент хочет сделать еще один шаг вперед — к этому решению может прийти только он сам, — он почувствует, что должен все меньше идентифицировать себя с невротическими аспектами своей жизни для того, чтобы постепенно утратить силу суггестии. Терапевтическая цель заключается в том, чтобы добраться как до внешнего проявления человека, так и до его личных переживаний. Человек учится свободнее располагать познаваемым дыханием и возможностями его выражения. При этом может преодолеваться какой-либо аспект. Интеграционные силы дыхания настолько велики, что пациент с течением терапии или работы может узнать состояние, которое позволяет ему распознать, как преувеличенная идентификация с его внешней личностью мешает этому состоянию. Он учится созерцать себя и свои дела, не оценивая и не комментируя их, а затем может решить избавиться от каких-либо привычек в своей жизни или продолжать так жить дальше. Познаваемое дыхание — это новый путь, формирующийся через познание. По Миддендорф, в основе познаваемого дыхания нет ни четко определенного образа мира или человека, ни определенной психологической теории. При работе с познаваемым дыханием мы узнаем и чувствуем, что потребности и мнения «внешней личности» — это еще не все. Чем больше зреет это понимание, тем влиятельнее и все более всеохватывающим становится свое «Я». Внешняя личность, со всеми ее желаниями, силами и проблемами, остается, однако она больше не является определяющей. Требование к удовлетворению жизненных потребностей также

остается, но ограничивается действие навязчивого невротического характера, и в конце концов оно может вообще перестать быть определяющим.

**Трансперсональные аспекты познаваемого дыхания.** В западных психологических учениях научные знания о познаваемом дыхании трактуются обычно как «трансперсональная психология». Благодаря своим трансперсональным и трансформирующим аспектам познаваемое дыхание может быть причислено к духовным психологическим учениям интегральной *йоги* Шри Ауробиндо и Мира Альфассас — к йоге Трансформации. Д. т. п. М. применяется для повышения работоспособности и качества труда в разнообразных профессиональных группах: певцов, музыкантов, актеров, танцоров, педагогов, ораторов, а также представителей «сидячих» профессий (например, секретарей). Терапевт познаваемого дыхания и его поведение по отношению к пациенту представляются, по Миддендорф, следующим образом. Как правило, терапевт понимается как «целитель». Греческий глагол «*therapeuein*», от которого образовано современное слово «терапевт», означает «лечить, ухаживать, почитать, сопровождать» и только потом «исцелять». Таким образом, терапевт в большей мере «слуга» и сопровождающий в процессе дыхания пациента. Но он и учитель, так как обучает пациента упражнениям, позволяющим достичь определенных познаний в дыхании. Исходя из этого, он действует исцеляюще и одновременно занимается преподаванием.

## **Ж**

**ЖЕТОННАЯ СИСТЕМА** (token economy). Направлена на создание условного *подкрепления*, необходимого для упрочения психотерапевтически желательного поведения пациента.

Теоретической основой методики является модель *оперантного обусловливания* Скиннера (Skinner B. F.). Пациент, ведущий себя требуемым образом, получает специальные жетоны, которые может далее обменивать на определенные льготы.

Методику предложили Айллон (Ayllon T.) и Азрин (Azrin N. H.) в 1968 г. Она наиболее эффективна при лечении пациентов с хроническими нарушениями психики, содействует успеху реабилитации пациентов.

## **З**

**ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПСИХОТЕРАПЕВТА.** З. о. п. представляет собой довольно распространенную особенность пациентов, проявляющуюся в процессе психотерапии. Большинство пациентов в начале лечения имеют неоднозначную мотивацию относительно формирующихся взаимоотношений с психотерапевтом: с одной стороны, стремление к независимости и противодействие контролю и давлению, а с другой — поиск поддержки, опоры и помощи. У здорового человека баланс потребностей в независимости—зависимости в процессе социализации претерпевает изменения: зависимость уменьшается, а независимость возрастает. При некоторых обстоятельствах у любого человека зависимость может периодически возрастать, например во время болезни, независимость также может возрастать, например в случае успеха или в полностью контролируемых опасных ситуациях. В соответствии с представлениями В. Н. *Мясищева*, зависимость, становясь все более устойчивой формой отношения пациента к другим, может трансформироваться в невротическую зависимость как черту характера.

В психотерапевтическом плане невротическая зависимость связана с таким типом поведения, когда пациенту кажется, что он может добиться прогресса только в той мере, в которой он получает от психотерапевта нечто, отсутствующее у него самого. Он опирается на врача, а не работает с ним, стремится избежать расставания, а не достигнуть независимости (Lower R. B., 1967).

Согласно психоаналитическим представлениям, зависимость является проявлением посредничества «Я» в интрапсихическом конфликте, выражением *сопротивления* и защиты. Эта зависимость проистекает из недостаточной удовлетворенности и формирования чрезмерных требований в период оральной фазы психосексуального развития, а также из переживания страха расставания в

анальной фазе развития. Влечение к доминированию анальной фазы подавляется при продолжительной зависимости, но другие анальные побуждения проявляются в пассивно-агрессивном контроле объекта зависимым пациентом. В своей зависимости больной стремится избежать садистских побуждений, свойственных более поздним фазам. Эти желания победить соперника и отомстить объекту, принесшему разочарование (переживания в контексте эдипова конфликта), вызывают тревожность, связанную со страхом кастрации и расставания, что является основной мотивирующей силой при регрессии к зависимому поведению.

3. о. п. как *сопротивление* проявляется в том, что пациент противодействует анализу *переноса*, сосредоточивает внимание на реальных аспектах взаимоотношений с психотерапевтом и пытается превратить его в самого значимого человека в своей жизни. Психотерапевт воспринимается как главный источник силы. *Инсайт* не влечет за собой изменения поведения, пациент не меняет свою жизненную ситуацию, так как это «грозит» окончанием лечения и прекращением взаимоотношений с психотерапевтом.

Чтобы фундаментально изменить человека, по мнению *Фрейда* (Freud S.), необходимо вовлечь его в эмоционально заряженные взаимоотношения и использовать 3. о. п. для оказания влияния на него в желаемом направлении. В *психоанализе* появление 3. о. п. рассматривается как признак прогресса, так как это может способствовать разрешению трансферентного невроза. Однако есть опасность возникновения устойчивой привязанности к психотерапевту, что может необоснованно затянуть процесс лечения. На пути выработки более сильного «Я» пациент вначале обучается доверять врачу, с тем чтобы на основе доверия — зависимости развить свою независимость. Разумеется, психотерапевт не поощряет зависимость, но может и не предпринимать никаких мер по противодействию углублению 3. о. п.

В основе 3. о. п. может быть невротический конфликт зависимости—независимости, который отражает столкновение инфантильных притязаний на опеку и стремления «Я» к активности и независимости. Нередко манипулятивный поведенческий стереотип проявляется в том, что зависимый и беспомощный пациент, внешне играющий второстепенную роль, фактически пользуется этим для достижения контроля и доминирования над другими людьми. Такой больной инстинктивно вовлекает психотерапевта в подобного рода коммуникацию, при этом он апеллирует к нередко имеющейся у последнего неосознаваемой им потребности быть всемогущим.

В процессе психотерапии важно сфокусировать внимание на проработке конкретных травмирующих переживаний, связанных с зависимостью. Психотерапевт сосредоточивает усилия на мобилизации саногенных личностных ресурсов пациента, на преодолении его привычного стремления отстаивать свою зависимость, переориентируя его в сторону развития независимости. При использовании психофармакотерапии необходимо учитывать возможность хронизации 3. о. п. у такого пациента, сочетающейся нередко в этом случае с психологической зависимостью от транквилизатора. Даже *эмоциональная поддержка* как вид психотерапевтического воздействия в отношении зависимых индивидов может таить опасность ограничения роста независимости. Также существенным может быть период завершения психотерапии и прекращения взаимоотношений «пациент—психотерапевт». В трудных случаях может оказаться эффективным участие *котерапевта* в виде либо постоянной совместной работы, либо поочередных приемов пациента. Иногда полезно предварительно вместе с больным установить конкретный срок окончания лечебного курса и четко ориентироваться в процессе выполнения психотерапевтических задач на эту дату, добиваясь усиления «Я» пациента и развития его независимости от психотерапевта.

**ЗНАЧЕНИЕ ПОЗИТИВНОГО ОБРАЗА ЧЕЛОВЕКА В ЭПОХУ ТРАНСКУЛЬТУРНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ.** В основе современного глобального кризиса — как в индивидуальной, так и в общественной жизни — с его многочисленными влияниями и гранями, безусловно, лежат различные причины, и их исследованием давно уже занимаются специалисты самых разных дисциплин. С психотерапевтической точки зрения в связи с этим вопрос о видении человека приобретает особое значение и, исходя из его влияния на межличностные отношения, может быть обозначен как вопрос номер один сегодняшней психотерапии и психиатрии (Пезешкиан Н., Пезешкиан Х., 1993), поскольку все остальные задачи проистекают из этой. В психотерапии и психиатрии вопрос о видении человека тесно связан с образом человека самого психотерапевта и этим же аспектом того метода, который им

используется. Зачастую техники считаются важнее, чем лежащий в основе подход к человеку в этом методе. В свое время было выдвинуто следующее требование: «Учитывая, по общему согласию, основополагающее влияние образа человека на создание психологических теорий, а также на сопоставимость теорий, очень желательно, чтобы такая модель человека ученого и / или научного общества была представлена, как минимум, в его основных публикациях или проявлялась в соответствующих литературных ссылках» (цит. по Buehler Ch., Allen M., 1973). В целом можно назвать такое описание подхода к человеку также «моделью человека», которая направляет как наше поведение, так и психотерапевта. Высказывалось мнение: тот факт, «что с человеком возникает образ человека, характеризует качество гуманности» (Vogler P., 1972).

Если обратиться к содержанию высказываний о видении человека, то наряду с общими определениями о том, что психологические теории характеризуются различными моделями человека, встречаются следующие замечания: образ человека сущностен; он определяет философские и трансцендентные предпосылки; он предполагает ответ на вопрос «что есть человек»; он отражает все соответствующие исторической эпохе мнения и представления человека о себе самом и о сущности человека; он представляет собой человека как понятие, который сформировался в определенную культурную эпоху, в ее духовном климате (Westmeyer H., 1973; Gauss G., 1976; Dorsch F. et al., 1982; Scheerer E., 1983). Содержание подобных высказываний о сущности человека или сущностных элементах человеческого бытия включает такие вопросы, как: чего человек может достигнуть физически/духовно/душевно и что является для него недостижимым; что может ему наверняка помочь и что ему ни в коем случае не повредит; какие требования можно предъявлять к нему, не нарушая его сути? Какой смысл имеет психотерапия и чего она хочет достичь? На какой ступени бытия находится человек? Вместе с тем видение человека включает также высказывания об ответственности, свободе, способности принимать решения и воле человека. Далее определяется отношение к генезу психических заболеваний (теория заболеваний), а также разрабатывается модель лишенного нарушений (здорового) индивидуума (следует заметить, что некоторые господствующие и в психотерапии модели человека предполагают, что человек никогда не может быть здоровым, так что, согласно этим теориям, не существует и не может существовать людей без каких-либо расстройств).

Традиционная психиатрия и психотерапия основывают свое видение человека на психопатологии. Предметом этого видения являются заболевания или нарушения. Цель лечения состоит в устранении болезни, что сравнимо с хирургическим удалением пораженного органа. Такой симптомо-ориентированный подход коренится в редукционистско-механистическом образе человека, сформировавшемся с конца XVII столетия в соответствии с ньютоно-картезианской моделью мира и оказывающем большое влияние на медицину до сих пор (Capra F., 1985). Аналитическая модель мышления Декарта привела, помимо прочего, к редукционизму — вере в то, что все аспекты сложнейших феноменов могут быть познаны, если их разделить на составные части. Высказывания типа «Для меня человеческий организм — машина. Я мысленно сравниваю больного человека и плохо сделанные часы с моей идеей о здоровом человеке и хорошо сделанных часах» (Декарт, цит. по Rodis-Lewis G., 1978) и сегодня еще в значительной степени господствуют в нашей психотерапевтической деятельности и научном процессе. Картезианская модель человека послужила большому прогрессу особенно в соматической медицине, однако вместе с тем обусловила сужение русла научных исследований и до сегодняшнего дня препятствует осмыслению врачами многих часто встречающихся тяжелых заболеваний. Прежде всего картезианское разделение духа и материи «Тело не содержит ничего, что могло бы относиться к духу, а дух не содержится ни в чем, что бы принадлежало телу» (Декарт, цит. по Sommers F., 1978) привело во всех науках, особенно в психологии, психотерапии и психиатрии, к окончательной путанице в отношениях между духом и мозгом (Capra, 1985). О разделении между духом и материей Гейзенберг (Heisenberg W., 1962) писал: «Разграничение глубоко проникло в человеческое сознание за три столетия после Декарта, и пройдет еще много времени, пока проблема действительности не будет исследоваться по-настоящему с иной точки зрения».

Позитивная психотерапия является ориентированным на ресурсы методом психотерапии, который обращается сначала к возможностям пациента и только затем уже исследует его заболевание. Ее видение человека включает, наряду с другими элементами, основной свойственный гуманистической психологии принцип: так, например, признание неизменности человека означало бы бессмысленность

психотерапевтической работы, если бы не было веры в его изменяемость (Herzog L, 1982). Отдельные психотерапевтические школы различаются не признанием или отвержением предпосылки, а преимущественно тем, «каким образом» возможна изменяемость (по собственной воле, по приказу, навязыванием, с принятием ответственности на себя или под контролем психотерапевта, при изменении когнитивных процессов или всей личности в целом). Следующим отправным моментом является то, что человек — активный организатор своего собственного бытия (Бюлер, Аллен, 1973), что он сознательно или неосознанно ориентируется на определенные ценности и стремится наполнить свою жизнь смыслом, реализуя свое самовыражение только в постоянном взаимодействии с социальной средой (Voelker U., 1980). Видение человека всегда включает образ мира, в котором осуществляется становление человека с его органическим и материальным миром, а также взаимодействиями в этих сферах. Кроме того, научные высказывания о человеке имеют и политическое измерение, поскольку стремятся укрепить или изменить существующие условия.

Таким образом, можно сказать, что «теория личности должна поощрять, а не сужать старания человека понять себя» (Bischoff L. J., 1983). Она должна также, «если она хочет представлять ценность, вообще быть замеченной, предоставлять для всего континуума человеческого существования наполненное смыслом пространство» (Feifel H., 1963). «Гуманистическая психология личности должна помочь развивать всеобъемлющие модели личности и поддерживать человека, овладевать жизнью и раскрывать его возможности». Такое раскрытие позволит «понять человека целостно — как часть космоса, в котором он живет» (Clemmens-Lodde B., Schaeuble W., 1980). На базе знаний следовало бы ближе представить видение человека в позитивной психотерапии и его влияние на психотерапевтическую работу.

«Позитивный подход» складывается из нового, позитивного видения человека в позитивной психотерапии, в основу которого положен постулат о том, что каждый человек — без исключения — от природы обладает двумя базовыми способностями: способностью к любви и способностью к познанию. Обе базовые способности составляют сущность каждого человека и заложены в нем с рождения. В зависимости от потребностей организма, окружающей среды (воспитание, образование и культура) и того времени, в которое он живет (дух времени), эти базовые способности дифференцируются в неизменную структуру сущностных черт, которые впоследствии составляют характер человека и его индивидуальность. Постулат о двух базовых способностях (ср. «Концепция базовых способностей в различных психотерапевтических школах» у Пезешкиана Х., 1985) означает не что иное, как то, что человек добр по своей сути. «По своей сути» — значит, что каждый человек наделен в полной мере всеми способностями, сравнимыми с семенами скрытых возможностей, которые, однако, еще нужно развить. Позитивная психотерапия дистанцируется при этом от детерминизма инстинктов в психоаналитической концепции или механистической модели человека в *поведенческой психотерапии*, которые видят изначального человека «недобрым» или как «*tabula rasa*». Выражаясь иначе, согласно позитивной психотерапии, человек в основе своей здоров, а цель психотерапии состоит в том, чтобы вернуть человека к его исходному состоянию здоровья (в широком смысле слова). С транскультурной точки зрения в отношении базовых способностей мы можем наблюдать в западных культурах акцент на способности к познанию, в то время как в восточных культурах на передний план выходит способность к любви, считаясь масштабом здоровья. Россия видится в этой связи не только как дуализм «Востока и Запада», но и как самостоятельная культура (Пезешкиан Х., 1993, 1998).

Как и видение человека в любом другом психотерапевтическом направлении, этот метод также отражает образ человека своего создателя и основывается на духовно-философско-идеологической платформе. Два источника оказали особое влияние на Н. Пезешкиана в процессе создания концепции позитивной психотерапии: его собственная транскультурная ситуация (Иран—Германия) и его мировоззрение как последователя веры Бахай (Бараш Б. А., 1993). Первое привело к разработке транскультурного подхода, а второе, наряду с другими причинами, к позитивному видению человека. Образ человека в вере Бахай предполагает, что «человек [есть] наивысший талисман» и должен восприниматься как «шахта, полная драгоценных камней» (Baha'u'llah, 1982; Jordan D. C., Streets D. T., 1973). Позитивное видение человека имеет множество производных факторов, влияющих на повседневные отношения врач—пациент. В своей работе «Можно ли считать позитивную психотерапию "революцией" в психотерапевтической практике?» Г. Л. Исурин (1993) отмечает, что

можно говорить о революции в том случае, если была выработана новая концепция или предложена новая теория личности, которая в корне отличается от существующих. Если мы считаем теорию личности основой метода, тогда следует считать представление о человеке основой теории личности. Гуманистический метод, конечно, является ориентированным на ресурсы, но позитивная психотерапия делает еще один шаг вперед в своем заявлении о том, что «человек добр по своей сути», и это отражается не только в используемых техниках, но и в отношении к пациенту. Для практической работы это означает прежде всего принимать себя и других такими, какие они есть, замечая также, какими мы можем быть; принимать пациента с его нарушениями и заболеваниями как человека, чтобы затем обратиться к его еще неизвестным, скрытым, затененным болезнью способностям. Основатели позитивной психотерапии акцентируют внимание на значении, которое имеет симптом для пациента и окружающих его людей, стараясь выделить «позитивное» значение (символическая функция болезни). Расстройства и заболевания рассматриваются, таким образом, как своего рода способность реагировать на конфликт именно так, а не иначе. В этом смысле заболевания и расстройства трактуются в позитивной психотерапии по-новому (Пезешкиан Х., 1988, 1996).

Примеры таких интерпретаций заболеваний:

- Депрессия — способность чрезвычайно эмоционально реагировать на конфликты.
- Фригидность — способность сказать «нет» своим телом.
- Страх одиночества означает потребность быть вместе с другими людьми.
- Алкоголизм — способность получать самому то тепло, которое не удастся получить от окружающих.

Позитивный процесс приводит тем самым к изменению точки зрения всех участников — пациента, семьи и врача, — что является базисом для совместной психотерапевтической работы, облегчая последовательное преодоление возникших проблем и конфликтов. Происходит переход от симптома к конфликту. Это помогает сконцентрироваться на «настоящем» пациенте, которым к тому же нередко оказывается вовсе не обратившийся человек — он-то как раз часто бывает только носителем симптомов и может быть обозначен как «слабейшее звено» (семейной) цепочки, — «настоящий» пациент нередко «сидит» дома (Пезешкиан Х., 1990). Симптомы и заболевания можно сравнить с верхушкой айсберга, возвышающейся над водой. А основная масса ледяной глыбы — конфликты пациента — скрыта (и по большей части неосознаваема) и нуждается в специальных «техниках» для того, чтобы стать «видимой». В позитивной психотерапии это осуществляется, помимо прочего, при помощи позитивных *интерпретаций*, применения притч и транскультурного подхода.

Притчи, сказки, мифы, пословицы и поговорки целенаправленно применяются в позитивной психотерапии с учетом их 9 функций (Пезешкиан Х., 1993). Они используются преимущественно в качестве нерациональных подходов, которые позволяют пациенту лучше использовать свое воображение и интуицию (способность любить) и найти для себя новые возможные решения. Это оказывается особенно успешным в случаях так называемых «трудных» пациентов, которые невосприимчивы к рациональному обращению, например с пограничными личностными расстройствами.

Позитивный аспект, таким образом, ведет от поддержки к надежде, вере и убежденности, которые, как известно из исследований (Wolberg L, 1977), могут мобилизовать или освободить живущие в человеке способности и потенциал самопомощи.

См. также *Позитивная психотерапия по Н. Пезешкиану и Х. Пезешкиану*.

**ЗНАЧЕНИЕ РАБОТЫ МЕДСЕСТЕР В ПСИХОТЕРАПИИ.** В последние десятилетия наметилась выраженная тенденция к усилению роли среднего медицинского персонала в совершенствовании всей системы здравоохранения, что обусловлено различными преобразованиями в области обучения, подготовки медсестер и организации их деятельности на более высоком уровне. Теперь они должны обладать сложными медицинскими, естественнонаучными, а также техническими познаниями и навыками, необходимыми для ухода за больными. В западных странах в соответствии с запросами нашего времени уже в течение многих лет медсестер готовят по расширенным программам, что значительно повышает их статус как фактических помощников врачей. Медсестры выступают в качестве педагогов и активно проводят научные исследования в сфере своей деятельности наравне со специалистами с высшим образованием.

В некоторых медицинских вузах России созданы факультеты подготовки медсестер с высшим образованием, на который принимаются лица, окончившие медицинское училище, с целью дальнейшего профессионального усовершенствования и подготовки к более сложным видам деятельности. Основная задача этих факультетов — выпуск специалистов по организации деятельности медсестер на местах в любом структурном подразделении системы здравоохранения и по обеспечению руководства этим подразделением. Дополнительными их функциями может быть проведение научно-исследовательских разработок в сфере своих профессиональных интересов, а также менеджмент по созданию новых или коммерческих структур в системе медицинской помощи, например специализированных лечебных учреждений, ориентированных на деятельность семейных врачей и даже, более узко, семейных психотерапевтов.

Для работы в области психотерапии медсестер дополнительно готовят по специальной программе (с учетом многих особенностей их сферы деятельности). В первую очередь они проходят *лабораторный тренинг* по технологии эффективного взаимодействия с больными. Основанием профессионализма медсестер являются их развитые (натренированные) способности в сфере социальной перцепции, что позволяет активно выслушивать пациентов, оказывать им *эмоциональную поддержку*. В заключение собранная и структурированная информация о поведении и переживаниях больных записывается в дневнике наблюдений с целью *обратной связи*. Не менее важным для медсестер, работающих в области психотерапии, является их способность к яркой, отчетливой экспрессии, т. е. к активному, открытому использованию в отношениях с больными всех видов невербальной коммуникации. Это делает поведение сестер «прозрачным» (понятным) для пациентов без дополнительных эмоциональных усилий с их стороны. И особенно важно, что подобное поведение медсестер можно рассматривать в качестве модели (образца) поведения для больных.

В различных структурных подразделениях психотерапевтической службы медсестры осуществляют комплекс мероприятий по *терапии средой*, обеспечивающей пациентам общение друг с другом, создающей предпосылки для реализации принципов самоуправления в формирующемся сообществе больных, что ускоряет их выздоровление. Медсестры непосредственно проводят *поведенческую психотерапию*, например в форме функциональных тренировок поведения, или реализуют ее отдельные элементы (по назначению врача и в контексте тактики лечения конкретного больного). Медсестры осуществляют с пациентами *арттерапию*, во многих случаях они с успехом могут использовать простые формы *библиотерапии*, а после специальной подготовки им можно доверить занятия по *телесно-ориентированной психотерапии*, *хореотерапии* или проведение отдельных психогимнастических упражнений в соответствии с общими задачами лечения больных. В случае дальнейшей интеграции видеотехники в психотерапевтический процесс, после дополнительного обучения, медсестры могут проводить одну из современных форм эстетопсихотерапии — просмотр с небольшой группой пациентов художественных фильмов на видеокассетах (наиболее выдающихся, всемирно известных кинорежиссеров) с последующим обсуждением содержания или сюжета по отработанному алгоритму.

Все очерченные выше задачи могут быть выполнены медсестрой лишь при постоянном совершенствовании ею профессиональных знаний и навыков. Но, кроме этого, медсестре необходимо постоянно повышать свой культурный уровень и стремиться к личностному росту.

## И

**ИГРОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Изучение детской игры путем наблюдения, *интерпретации*, структурирования и др. позволило осознать уникальность способа общения ребенка с окружающим его миром. Таким образом, игра была положена в основу метода лечения эмоциональных и поведенческих расстройств у детей, получившего название И. п.

Отсутствие у детей вербальных или понятийных навыков в необходимой мере не позволяет эффективно использовать по отношению к ним психотерапию, почти полностью основанную на проговаривании, как это имеет место в психотерапии взрослых. Дети не могут свободно описывать свои чувства, они способны иначе выражать свои переживания, трудности, потребности и мечты.

Важной темой игры является желание совершения чего-либо, «проигрывание» отношений или ситуаций такими, какими дети хотели бы их видеть. Часто ребенок повторяет свой негативный жизненный опыт, где он снова и снова испытывает особые, значимые для него переживания. Роли, проигрываемые детьми, порой бывают реверсивными, перевернутыми, а позиция ребенка в игре становится активной, иногда даже антагонистической, в то время как в реальной жизни он лишь пассивно воспринимал происходящее.

Вначале психотерапевт может просто разрешить детям играть. Наблюдение за игрой помогает ему, во-первых, установить доверительные отношения с ребенком и, во-вторых, составить необходимые представления о способностях его к развитию, об эмоциональных конфликтах и стиле общения. Содержание детской игры, степень ее концептуальной сложности, особенности ее организации, действующие лица, конфликты, беспокойство ребенка, выраженные аффекты — все это представляет информативную и диагностическую ценность для психотерапевта. Поведение его в процессе И. п. может быть различным. Приемы недирективной стратегии предполагают его пассивность, лишь иногда он делает замечания, помогающие ребенку «разыгрывать» и разрешать собственные конфликты. Психотерапевты-эгоаналитики склонны к интерпретации игры, с тем чтобы помочь ребенку осознать и акцептировать сознательный уровень тех эмоциональных конфликтов, которые отрицались или были подавлены. Специалисты прямо противоположной ориентации, базирующейся на теории *социального научения*, считают своей основной задачей обучение детей тому, как правильно в социальном аспекте играть свои роли в жизни, и не уделяют большого внимания аффективной стороне детской игры. В целом психотерапевт использует более или менее структурированную И. п. в зависимости от особенностей нарушений и проблем самого ребенка.

**ИМАГОГИКА** (лат. *imago* — образ, вид). Предложена создателем *онтопсихологии* Менегетти (Meneghetti Т). Является основным методом психотерапии, ориентированным на онтопсихологию. Позволяет выявить зоны психической проблематики, недоступные сознательному видению. Сутью метода является приведение в движение образов бессознательного пациента и выведение их на сознательный уровень.

В процессе И., этой специальной психотерапевтической процедуры, субъект погружается в себя, свой внутренний мир и с помощью образов начинает понимать свою собственную проблематику и сложные ситуации. Когда пациент рассказывает о своих образах, психотерапевт наблюдает за тем, что происходит с его «семантическим полем» (термин онтопсихологии, под которым понимается информационно-энергетическое взаимодействие людей). Поскольку, согласно онтопсихологии, бессознательная сущность человека толкает его в направлении максимальной самореализации, проявление этой сущности сопровождается наибольшим высвобождением психической энергии. Если семантическое поле отсутствует, это значит, что образы шли не из бессознательного, а были лишь «нафантазированы» пациентом, что его проблема ушла или она фальшива. Истинные образы, идущие из глубины, всегда сопровождаются семантическим полем. Образы, которые видит человек во время сеанса И., подвергаются *интерпретации* психотерапевтом, имеющим специальные знания по их расшифровке.

**ИМАГОТЕРАПИЯ** (лат. *imago* — образ). Психотерапевтический метод тренировки больного в воспроизведении определенного комплекса характерных образов с лечебной целью. Метод предложен в 1966 г. И. Е. Вольпертом. Относится к группе методов *игровой психотерапии*, в более широком смысле — вариант *поведенческой психотерапии*, в основе которого лежит научение адекватно реагировать в трудных жизненных ситуациях, расширение коммуникативных возможностей, развитие способности к воспроизведению «лечебного» образа, к мобилизации собственного жизненного опыта.

В имаготерапевтическом процессе используются усложняющиеся технические приемы. На первом этапе больному предлагается роль рассказчика либо слушателя. Первоначальная и основная форма И. — рассказ, поскольку пациент, вживаясь в образ, переживает все те чувства, которые воображаемое лицо должно испытывать в заданной ситуации. Образ для больного подбирается как лечебный фактор в соответствии с его психологическим содержанием. Наряду с пересказом литературного материала как основной формы работы, применяется также импровизированная инсценировка типичной житейской ситуации (театр экспромта). Задачей И. в этом случае является тренировка психологически адекватного поведения. Первоначальный курс И. занимает от 3 месяцев до



полугода, чтобы за это время было полностью изложено содержание всего произведения. И. проводится в групповой и, реже, в индивидуальной форме. Больному предлагается ежедневно в течение 1-2 часов воспроизводить в поведении образ своего «Я» таким, каким он хотел бы стать. Постепенно продолжительность игры увеличивается, и желаемый образ становится в какой-то мере привычным поведенческим стереотипом больного.

Второй этап И. включает драматизацию рассказа. Некоторые фрагменты повести или романа, насыщенные драматическим действием и диалогами, разыгрываются в лицах. Существенное значение приобретает также инсценирование того или иного эпизода из произведения, с которым работают пациенты. Осуществляется инсценировка и вымышленных ситуаций, отсутствующих в произведении. Проводятся занятия по технике речи, движению в такт, танцу. Продолжительность второго этапа та же, что и первого.

На третьем этапе И. представляет собой занятия в лечебной драматической студии. В работе над воспроизведением образа используются хореографические фрагменты, драматические и комедийные спектакли. Отбор образов осуществляется исходя из клинико-психологических особенностей пациентов. Истерическим больным предлагаются образы сдержанных и рассудительных, склонных к анализу людей. Пациентам с психастеническими чертами полезно воспроизведение образов людей, переживающих действительность непосредственно и эмоционально.

К лечебным факторам, используемым в И., относятся отвлечение, *убеждение*, разъяснение, *внушение*, имитационное поведение, *эмоциональная поддержка*, обучение новым способам поведения. И. используется как метод лечения пограничных нервно-психических расстройств и способ реабилитации больного через его личностное развитие.

**ИМПЕРАТИВНОЕ ВНУШЕНИЕ НАЯВУ НА ФОНЕ СИЛЬНОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ ЗАИКАНИИ ПО ШКЛОВСКОМУ.** Одномоментные способы суггестивного воздействия широко использовались врачами во время Великой Отечественной войны, например при ликвидации сурдомутизма и других истерических расстройств. Применяя такого рода методы, крайне важно добиться хотя бы кратковременного успеха, который убеждает больного в сохранности речевых, двигательных и других функций и нередко способствует излечению.

В 1960-х гг. всеобщее внимание привлекли публикации в прессе, посвященные «одномоментному методу снятия заикания», предложенному К. М. Дубровским (см. *Директивное групповое воздействие наяву Дубровского*). Сеанс *внушения* наяву при лечении заикания в нашей стране использовали многие психотерапевты и психологи: П. И. Буль (1974), В. М. Шкловский (1966), Ю. Б. Некрасова (1980), Л. Я. Миссуловин (1988) и др. Целесообразность применения данного психотерапевтического приема сомнений не вызывает, но говорить об одномоментности лечебного воздействия при устранении такой сложной в этиопатогенетическом и симптоматическом отношении патологии речи, как заикание, неправомерно. Установка на одномоментность лечения дезориентирует больного и дает ему право надеяться на «чудесное исцеление», которое полностью зависит от мастерства врача. Этому же способствовали и некоторые слишком категоричные формулировки *внушения*, применяемые в свое время К. М. Дубровским, например: «Раз и навсегда я сниму с вас заикание, как старый, изношенный сюртук». При таком симптоматическом воздействии не только не учитываются нервно-психические и личностные особенности больных, длительность речевого нарушения, накладывающая болезненный отпечаток на систему отношений заикающихся, но и возможный рецидив речевого нарушения, который для многих больных является значительной психотравмой ятрогенного характера.

В. М. Шкловский сеанс *внушения* наяву ввел в курс комплексного лечения заикания как мощный психотерапевтический прием, направленный на устранение у больных страха речи в эмоционально значимых ситуациях. Он же подробно описал методику проведения сеансов, предусматривающих закрепление достигнутых на сеансе результатов.

В общих чертах эта психотерапевтическая процедура сводится к следующему. В просторном зале в присутствии медработников, родственников больных, а также пациентов, ожидающих в ближайшие дни назначения на аналогичный сеанс, группа в 8-10 человек приглашается на сцену. У больных отобранной группы проверяется речь; затруднения в речи при ответах на вопросы и при самостоятельном рассказе используются для создания определенного эмоционального напряжения.

Затем больным разъясняется сущность заикания, причины его возникновения, возможность его устранения путем специального воздействия. Заикающимся объясняют причины неудач предшествующего лечения (недостаточно серьезное отношение к занятиям, недостаточное время для тренировок и т. п.). Акцентируется внимание на активном участии больных в лечебном процессе, что является одним из условий успешной терапии. Во время беседы необходимо следить за состоянием каждого отдельного человека, стараясь добиться того, чтобы никто не оставался равнодушным к психотерапевтической процедуре.

После указанной подготовки индивидуально каждому участнику группы императивно внушается, что он сейчас будет говорить плавно и слитно. Вначале сеанс внушения проводится такому больному, от которого можно ожидать хорошей отраженной или сопряженной речи. Первые произнесенные им слова и фразы обычно оказывают психотерапевтическое активирующее воздействие на членов группы. Даже небольшой успех окрыляет их, рождает чувство уверенности в своих силах. Малейшие срывы и всякого рода затруднения снижают эмоциональное напряжение, и больной теряет веру в успех. Создать необходимый эмоциональный тонус повторно бывает труднее, поэтому тщательное изучение заикающегося в подготовительном периоде имеет большое значение. Перед сеансом в течение длительного времени следует знакомиться не только с психологическими особенностями заикающегося, но и с его речевыми возможностями.

Обычно начинают с автоматизированных рядов: гласных звуков и рядов цифр, которые тщательно отработывались и легко произносились заикающимися в процессе подготовительной логопедической работы. Затем после счета даются фразы сопряженной и отраженной речи. Таким образом заикающийся подводится к ответам на вопросы и к самостоятельным высказываниям. После внушения («Везде и всегда говорите так, как на сеансе») проводится краткая беседа с больными и их родственниками, в которой разъясняется значение режима молчания, длящегося сутки и необходимого для отдыха речевой системы больного после большого эмоционального напряжения и перед следующим контактом со специалистом.

При проведении сеанса императивного внушения наяву с включением демонстративных моментов работа также начинается с беседы, о содержании которой было сказано выше. На следующем этапе каждый заикающийся индивидуально подвергается различным тестам на внушаемость (невозможность разжать руки, падение вперед, назад, невозможность закрыть рот), которые оказывают психологическое воздействие на участников сеанса. Поэтому в группу обычно включают 2-3 больных с повышенной внушаемостью, чтобы поднять ее у остальных участников сеанса. Опыт показывает, что многие больные, не поддающиеся прямому внушению при специальных пробах, на сеансе говорят хорошо, так как определяющим моментом является в данном случае не внушаемость, а состояние эмоционального напряжения. После проведения проб приступают к индивидуальному внушению. Сеанс проводится в определенный день, с волнением ожидаемый больными, так как он является началом нового этапа лечения. Опыт показывает, что успеха можно добиться, применяя разные приемы внушения, но во всех случаях необходимо вызвать у больных состояние выраженного эмоционального напряжения.

Сеансы внушения наяву проводятся с каждой группой в присутствии всех заикающихся, принятых на лечение, и их родственников. Совершенно недопустимо, как это делают некоторые специалисты, проведение сеансов в массовых аудиториях, якобы способствующих эмоциональному подъему подвергающихся внушению. Эта излишняя театрализованность чаще служит лишь удовлетворению собственных амбиций суггестора. Психотерапевтический сеанс — это не эстрадный или цирковой аттракцион, а лечебный процесс, затрагивающий иногда самые интимные личностные механизмы, приносящий страдания пациентам. Успех зависит не от массовости аудитории, а от опыта специалиста, его знаний и чувства ответственности за судьбу доверившегося ему больного.

Некоторые дополнительные элементы в описываемую методику внесены учеником В. М. Шкловского Л. Я. Миссуловиным.

Формула внушения, адресованная всей группе, произносится громким, напряженным голосом, а индивидуальное внушение — шепотом, глядя прямо в глаза собеседнику на близком расстоянии. Такой переход от громкого голоса к шепоту помогает длительное время удерживать внимание группы и зала на проводимой работе, ни на минуту не позволяет кому-либо отвлечься от того, что делает и говорит

специалист.

Индивидуальная формула внушения, которая направлена на устранение у больного страха речи в различных эмоционально значимых ситуациях речевого общения, завершается следующими словами: «Отныне везде и всюду вы будете говорить легко и свободно, четко и не быстро, точно так, как вы произносите речевые образцы. Никакого страха речи, никакой боязни вы больше не испытываете. Но вы точно будете выполнять все рекомендации специалистов, будете в диспансере и дома много и упорно работать над своей речью, закрепляя достигнутые положительные результаты». Такая концовка индивидуального внушения нацеливает больного на дальнейшую самостоятельную работу, не позволяет ему рассчитывать только на «чудодейственную» помощь специалистов, а в случае рецидива заикания не лишает пациента веры в возможность улучшения своего состояния.

Успешное достижение *психотерапевтической цели* сеанса внушения зависит от ряда факторов, которые необходимо предусмотреть в процессе подготовки к этой процедуре. Прежде всего следует учитывать внушаемость больного. На сеанс отбираются не только лица с очень хорошей внушаемостью, поскольку это свойство человека обычно значительно усиливается во время самой процедуры. Большую роль играют нервно-психические заболевания и личностные особенности пациентов, обуславливающие характер нарушения речи. Не следует вводить в группу, назначенную на сеанс, больных с декомпенсированными психопатиями, судорожными припадками и обмороками различной этиологии, а также заикающихся с выраженной психастенической акцентуацией характера. Лица, относящиеся к последней категории пациентов, склонны к повышенному *самоанализу*, скептически относятся ко всему происходящему, не уверены в себе и в возможностях окружающих, они, как правило, на сеансе не дают хороших результатов. Вместо этого для них проводится *психотерапевтическая беседа* с последующей тренировкой речи без применения демонстративных приемов. Значение имеет и возраст больных. Практика показывает, что наиболее высокой эффективности указанного психотерапевтического воздействия можно добиться при работе с подростками и молодыми людьми, не отягощенными большим жизненным опытом, в частности опытом неудачного лечения в прошлом. Сильное активизирующее влияние на больных оказывает демонстрация перед сеансом бывших пациентов, излечившихся от заикания. Человек, в прошлом заикавшийся, а в настоящий момент хорошо владеющий собой и своей речью, воодушевляет больных личным примером, вселяет в них уверенность в успех лечения. Необходимо подчеркнуть психотерапевтическую роль аудитории. В зале не должно быть равнодушных людей, просто зрителей. Собравшиеся на сеанс своим эмоциональным настроением поддерживают больных, помогают им обрести уверенность в своих силах, в возможность избавления от страха речи и чувства неполноценности.

**ИМПЛОЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ СТАМПФЛА.** Имплозия — *методика наводнения* в воображении, предложена Стампфлом (Stampfl T. G.) в 1967 г. Ее отличие от *систематической десенсибилизации* заключается в том, что пациенту предлагается представить наиболее страшные ситуации в течение максимально длительного периода без предварительного обучения *релаксации*. Цель имплозивной терапии — вызвать интенсивный страх, который приведет к уменьшению страха в реальной ситуации. Угашение страха происходит в результате длительного пребывания в ситуации, ранее сопровождавшейся страхом, поскольку теперь она не приводит к последствиям, вызывающим страх.

При этой методике психотерапевт актуализирует в воображении больного стимул или его символический заменитель, на котором зафиксирован страх, заставляет больного долго контактировать с ним, однако без сопровождения другими стимулами (последствиями), подкрепляющими страх.

Кроме этой модели Стампфл предложил другой вариант методики, исходя из психоаналитической теории и считая, что в основе страха лежат глубинные психодинамические механизмы. Как правило, они связаны с темами агрессии, наказания, потери контроля, сексуальными. Поэтому до представления в воображении сцен, имеющих отношение к симптому, пациенту предлагается еще ряд тем.

1. Агрессия. Представляются сцены, центрированные на значимых для пациента лицах (родителях, супруге, братьях и др.). Уровень агрессии варьируется от выражения враждебности до высоких, неконтролируемых степеней, приводящих к повреждению или даже смерти объекта агрессии.

2. Наказание. Пациент представляет себя в качестве жертвы агрессии или других враждебных

действий. Наказание является результатом совершения какого-либо запретного поступка.

3. Потеря контроля. Задаются сцены потери контроля сексуальных или агрессивных импульсов. Пациентам, которые боятся сойти с ума, предлагаются ситуации, во время которых они представляют себя госпитализированными в психиатрические учреждения, запертыми там на всю жизнь и т. д.

4. Сексуальные темы. Представляются сцены, имеющие отношение к *эдипову комплексу*, комплексу Электры, сцены кастрации, гомосексуальности, фелляции.

Техника имплозии включает несколько этапов. На первом, диагностическом этапе составляется схема иерархии страхов. Больному объясняется механизм лечебного действия метода, подчеркивается важность его активного участия в лечении; говорится, что он должен будет представлять в воображении ряд сцен, в которые ему нужно максимально вовлечься эмоционально, как можно точнее представить ситуацию или предмет зрительно, почувствовать его осязательно, вспомнить звуковые и другие характеристики ситуации или предмета, ранее вызывавшие страх. Второй этап — представление ситуации (собственно имплозия). Больной представляет ситуации, вызывавшие ранее наибольший страх. Об уровне вовлеченности больного и, вследствие этого, интенсивности испытываемого им страха врач делает заключение на основании наблюдения за поведением пациента. Сильный страх вызывает моторную активность — общее напряжение мышц всего тела и отдельных групп мышц, например жевательной мускулатуры, ограниченные движения или сокращения каких-либо мышц, мимические реакции. Кроме того, могут наблюдаться вегетативные реакции (сосудистые реакции лица, потливость, сердцебиение).

Задача психотерапевта — поддерживать достаточно интенсивный уровень страха. Если же уровень тревоги снижается, он вводит дополнительные описания ситуации, чтобы усилить страх. Это вмешательство психотерапевта повторяется в течение занятия несколько раз, пока уровень тревоги не будет существенно снижен. Поддерживать этот уровень необходимо в течение 40-45 минут. После окончания процедуры обсуждаются помехи, препятствовавшие значительной эмоциональной вовлеченности, пациент получает задание на дом: проводить подобные тренировки самостоятельно 1 раз в день. В последующих занятиях могут использоваться в представлении другие вызывающие страх ситуации, поскольку угашение уже проигранных ситуаций происходит ускоренным темпом. Обычно все лечение занимает несколько занятий, после чего можно переходить к технике наводнения. Ниже в качестве примера приводим *вербализацию*, помогающую поддерживать высокий уровень страха при фобии крыс: «Вообразите, что вы трогаете крысу в лаборатории... Она огрызается и начинает кусать ваши пальцы... затем бежит по вашей руке... Неожиданно сильно кусает вашу руку, и затем вы уже чувствуете ее на вашем теле... Она пробирается на вашу шею и кусает ее... Вы ощущаете ее хвост на лице... Она забирается вам на голову... путается в волосах... Вы пытаетесь схватить ее своей кровоточащей рукой, но она сопротивляется... Неожиданно выскальзывается, спускается по лицу и прыгает за пазуху» и т. д.

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ.** Созданная *Альфредом Адлером* (Adler A.), И. п. явилась крупным шагом вперед в понимании человека, неповторимости его уникального жизненного пути. Именно И. п. предвосхитила многие положения гуманистической психологии, экзистенциализма, *гештальт-терапии* и др.

И. п. включает в себя такие понятия, как: жизненные цели, стиль жизни, схема апперцепции, чувство общественного (*Gemeinschaftsgefühl*) и связанная с ним потребность в социальной кооперации, самость. Адлер полагал, что жизненные цели, мотивирующие поведение человека в настоящем, ориентирующие его на развитие и достижение исполнения желаний в будущем, коренятся в его прошлом опыте, а в настоящем поддерживаются актуализацией чувства опасности, незащищенности. Жизненная цель каждого индивидуума складывается из его личного опыта, ценностей, отношений, особенностей самой личности. Многие жизненные цели сформировались еще в раннем детстве и остаются до поры до времени неосознанными. Сам Адлер считал, что на его выбор профессии врача повлияли частые болезни в детстве и связанный с ними страх смерти.

Жизненные цели служат индивидууму для защиты против чувства беспомощности, средством соединения совершенного и могущественного будущего с тревожным и неопределенным настоящим. При выраженности чувства неполноценности, столь характерного для больных неврозами в понимании Адлера, жизненные цели могут приобретать преувеличенный, нереалистический характер (автором

открыты механизмы компенсации и гиперкомпенсации). У больного неврозами часто наблюдается весьма значительное расхождение между сознательными и неосознаваемыми целями, в результате чего он игнорирует возможность реальных достижений и предпочитает фантазии на тему личного превосходства.

Стиль жизни — это тот уникальный способ, который выбирает человек для реализации своих жизненных целей. Это интегрированный стиль приспособления к жизни и взаимодействия с ней. Симптом болезни или черта личности могут быть поняты лишь в контексте стиля жизни, как своеобразное его выражение. Поэтому так актуальны сейчас слова Адлера: «Индивидуум как целостное существо не может быть изъят из своих связей с жизнью... По этой причине экспериментальные тесты, которые имеют дело в лучшем случае с частными аспектами жизни индивидуума, мало что могут сказать нам о его характере...»

В рамках своего стиля жизни каждый человек создает субъективное представление о себе и мире, которое Адлер называл схемой апперцепции и которое детерминирует его поведение. Схема апперцепции, как правило, обладает способностью самоподтверждения, или самоусиления. Например, изначальное переживание человеком страха приведет к тому, что окружающая ситуация, с которой он вступит в контакт, будет восприниматься им как еще более угрожающая.

Под чувством общественного Адлер понимал «чувство человеческой солидарности, связи человека с человеком... расширение ощущения товарищества в человеческом обществе». В определенном смысле все человеческое поведение социально, поскольку, говорил он, мы развиваемся в социальном окружении и наши личности формируются социально. Чувство общественного включает ощущение родства со всем человечеством и связанность с жизненным целым.

Опираясь на теорию эволюции Дарвина, Адлер полагал, что способность и потребность кооперироваться являются одной из важнейших форм приспособления людей к среде. Только кооперация людей, согласованность их поведения предоставляют им шанс преодоления действительной неполноценности или ощущения ее. Заблокированная потребность в социальной кооперации и сопутствующее ей чувство неадекватности лежат в основе неприспособленности к жизни и невротического поведения.

Афористично звучат слова Адлера: «Если человек сотрудничает с людьми, он никогда не станет невротиком».

Понятие самости, как и многие категории *психоанализа*, автор не относит к операциональным. Самость в его понимании тождественна творческой силе, с помощью которой человек направляет свои потребности, придает им форму и значимую цель. Формирование жизненной цели, стиля жизни, схемы апперцепции — акты творчества. Самость руководит и управляет индивидуальным реагированием на окружающее. По мнению Адлера, основным недостатком в понимании Фрейдом (Freud S.) личности и сущности психотерапевтического процесса была недооценка уникальности человеческой судьбы. Самость — форма реализации этой уникальности, она активно формирует стиль жизни, отвергая одни переживания и избирательно принимая другие.

В концепции психотерапии Адлер выделял 3 аспекта: понимание и принятие пациентом индивидуального стиля жизни; помощь пациенту в понимании себя; тренировка и усиление социального интереса, потребности в социальной кооперации.

Как правило, сеанс психотерапии начинается с анализа индивидуального стиля жизни пациента, т. е. поиска тех проблем, которые отражаются в поведении его на разных этапах онтогенеза. Этому помогает анализ самых ранних воспоминаний или наиболее значимых событий детства. Воспоминания, которые первыми придут на ум, по мнению Адлера, далеко не случайны, а соответствуют тем психологическим проблемам, которые пациент самостоятельно решить не мог как в прошлом, так и в настоящем. В рассказе пациента найдут отражение негативные обстоятельства, повлиявшие на его личностный рост, а именно — органическая неполноценность, эмоциональное отвержение или избыточное потворство со стороны родителей. Важно также обращать внимание на невербальные сообщения пациента — мимику, жесты, интонацию голоса, а также ключевые слова (глаголы), которыми он выражает прошлые действия (прообраз практики *нейролингвистического программирования*).

Сама психотерапия представляет собой процедуру, отличную от психоанализа Фрейда. В беседах

с пациентом психотерапевт создает атмосферу безопасности, доброжелательности, сочувствия и поддержки. Он собирает материал, интегрирует те части прошлого и настоящего опыта больного, которые ускользали от его *осознания*. А затем возникшая вновь целостность «с улыбкой возвращается психотерапевтом пациенту». Непременными условиями психотерапии является установление визуального контакта и эмпатического *rapпорта*.

Следующий шаг в психотерапии Адлера — оказание помощи пациенту в понимании себя. Что в прошлом опыте переживалось и переживается как слабость, недостаточность, некомпетентность? Какие цели ставит перед собой пациент, чтобы достигнуть невротических атрибутов превосходства? Если когнитивное осознание этих реалий пациентом достигнуто, то он оказывается готовым воспринять этот опыт и эмоционально, а в дальнейшем через выполнение конкретных заданий психотерапевта реализовать его в поведении. Наконец, сотрудничество психотерапевта и пациента становится предметом их совместного обсуждения. Что испытывает пациент по отношению к психотерапевту? Какие переживания из его раннего опыта он проецирует на психотерапевта? Пациент, удовлетворив свою потребность быть услышанным, понятым, принятым, становится способным открыться альтруистическому опыту и осознать собственную противоречивость. Своим новым поведением, интересом к проблемам ближних он инициирует изменения в социальном контексте, от которого, в свою очередь, сам зависит.

Таким образом, схема развития психотерапевтического процесса в И. п. выглядит следующим образом:

- 1) вхождение психотерапевта в контакт с пациентом с помощью *эмпатии*, доброты, поддержки;
- 2) формирование ответственности пациента за успех лечения (сигналом о готовности его к сотрудничеству с психотерапевтом служит, в частности, желание вспомнить собственное прошлое);
- 3) когнитивное осознание пациентом жизненного стиля и проблем самости;
- 4) эмоциональное отреагирование и соприкосновение с ранее неосознаваемым чувственным опытом;
- 5) проверка в реальности нового опыта.

И. п. в 20-40-х гг. XX столетия была очень популярна в странах Западной Европы и США.

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** В И. п. в качестве основного инструмента лечебного воздействия выступает психотерапевт, а психотерапевтический процесс протекает в диаде врач—пациент. В организационном аспекте И. п. отлична от групповой (где инструментом лечебного воздействия выступает и *психотерапевтическая группа*), коллективной и *семейной психотерапии*. Используется в рамках практически всех концептуальных и методических направлений в психотерапии, которые и определяют специфику психотерапевтического процесса, цели и задачи, способы воздействия, методические приемы, тип контакта между пациентом и психотерапевтом, длительность и другие переменные И. п.

И. п. проводится одним психотерапевтом, редко двумя (*биполярная терапия*) или несколькими *котерапевтами*. Часто является элементом комплексной терапии в сочетании с другими формами психотерапии, фармако-, физио- или *социотерапией*. Выделяют также комбинированную терапию, совмещающую индивидуальную и групповую (или семейную) психотерапию, проводимую одним психотерапевтом, и сочетанную терапию, при которой пациент проходит И. п. у одного психотерапевта и одновременно участвует в семейной или *групповой психотерапии* у других психотерапевтов.

Сочетание с групповой психотерапией, центрированной на *групповой динамике*, или семейной психотерапией, фокусирующейся на семейной микрогруппе как целостном субъекте системного *психотерапевтического вмешательства*, может предлагаться пациенту только после тщательной проработки *психотерапевтических целей*, учитывающей как лечебный потенциал разных форм психотерапии, так и их возможный антагонистический эффект.

История становления и развития И. п. предшествует истории возникновения других форм психотерапии, например групповой или семейной, независимо от их направления, и связана с общей историей психотерапии.

Структура целей различных современных форм психотерапии применительно к И. п. представлена на основании разработок Орлински, Ховарда (Orlinsky D. E., Howard K. I., 1986) в табл. 1.

**Таблица 1. Цели современных форм психотерапии**

Тип цели	Примеры
Цели для сеанса психотерапии (для терапевтического процесса): конкретно и краткосрочно	Углубление самоэксплорации Уменьшение страха при обсуждении запретной темы Соблюдение инструкций при выполнении рекомендаций психотерапевта
Микрорезультаты (после сеанса): конкретно и краткосрочно	Прекращение избегания повседневных ситуаций, которые ранее избегались Улучшение способности понимания причинных связей конкретной социальной конфликтной ситуации
Макрорезультаты (после сеанса): глобально и долгосрочно	Позитивная самохарактеристика Соответствующая сила «Я» Адекватное ожидание собственной эффективности Улучшение способности к коммуникации Стабильная и генерализованная ситуационная компетентность

Выделение общих факторов лечебного действия И. п. в значительной степени определяется теоретическими взглядами исследователей. Так, Мармор (Marmor J., 1978) при наблюдении за психотерапевтами различных направлений (*психоанализ, поведенческая психотерапия, гештальт-терапия* и др.) отметил восемь основных факторов, присущих всем психотерапевтическим методам в той или иной степени: 1) хорошие отношения и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом как основа, на которой строится психотерапия; 2) первоначальное ослабление напряжения, основанное на способности пациента обсуждать проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь; 3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта; 4) оперантная модификация поведения больного за счет одобрения или осуждения со стороны психотерапевта и повторяющегося *коррективного эмоционального опыта* в отношениях с психотерапевтом; 5) приобретение социальных навыков на примере психотерапевта; 6) *убеждение и внушение* — явное или скрытое; 7) применение или репетирование более адаптивных методик при условии — 8) *эмоциональной поддержки* со стороны психотерапевта.

Важной общей характеристикой И. п. является последовательность его фаз (Kanfer F. H., Grimm L. G., 1980), с которыми связаны конкретные цели и средства их достижения (табл. 2).

**Таблица 2. Фазы психотерапевтического процесса**

Фаза	Цели	Средства
Определение показаний	Диагностическое обследование. Выбор терапевтического метода	Беседа/анамнез Личностные и клинические тесты Медицинское обследование
Построение терапевтических отношений	Рольное структурирование (объяснение и облегчение принятия пациентом его роли как пациента) Формирование позитивных ожиданий при изменениях Построение терапевтического союза Передача знаний об общей концепции этиологии	Реализация уважения и эмпатии Разъяснение правил психотерапии Терапевтический контракт

Проведение терапевтического обучения	Систематическая модификация поведения (поведенческая терапия) Анализ и учет опыта при определении мотивов поведения и переживаний (психоанализ) Реструктурирование представлений о себе (разговорная психотерапия)	Применение специальных психотерапевтических техник Непрерывное наблюдение и анализ психотерапевтического сеанса
Оценка результата терапии	Психодиагностический учет степени достижения терапевтической цели Обеспечение генерализации результатов терапии Формальное завершение терапевтических отношений	Беседа Диагностические методы При определенных условиях — редуцирование терапевтических контактов Договоренность о завершении терапии по взаимному соглашению

И. п. представляет собой сложный процесс, в котором взаимодействуют различные социокультурные факторы, профессиональные качества и личностные особенности как пациента, так и психотерапевта, помимо собственно психотерапевтической техники и условий ее реализации. При И. п. особенно важна роль психотерапевта. Согласно исследованиям Бютлера (Beutler L. E. et al., 1994), характеристики психотерапевта, влияющие на процесс психотерапии, могут разделяться на объективные: возраст, пол, этнические особенности, профессиональная основа, терапевтический стиль, психотерапевтические техники и субъективные: личностные копинговые особенности, эмоциональное состояние, ценности, отношения, убеждения, культурные взаимоотношения, терапевтические взаимоотношения, характер социального влияния, ожидания, философская терапевтическая ориентация.

По срокам проведения И. п. может условно делиться на краткосрочную и долгосрочную. Граница обычно определяется числом психотерапевтических занятий. По мнению большинства исследователей, психотерапия длительностью до 20 (реже до 40) занятий относится к краткосрочной. Современной тенденцией почти всех концептуальных и методических направлений является стремление к краткосрочности, базирующееся на повышении интенсивности, интегративности психотерапии, конкуренции в снижении материальных затрат без снижения эффективности. Иногда краткосрочность служит одним из принципов, страхующих пациентов от развития «психотерапевтического дефекта», «бегства в психотерапию» и перекладывания ответственности за свою жизнь на психотерапевта.

Долговременные формы И. п. наиболее характерны для психодинамической (психоаналитической) психотерапии, которая может продолжаться до 7-10 и более лет при средней частоте психотерапевтических занятий 2-3 раза в неделю. Продолжительность лечения зависит, в частности, от числа конфликтных зон, которые должны быть проработаны в ходе лечебного процесса (*краткосрочная психодинамическая психотерапия* фокусируется на разрешении главного конфликта). Частые встречи с пациентом позволяют психотерапевту проникнуть в его внутреннюю жизнь, ведут к более полному развитию *переноса*, а также поддерживают больного на протяжении всего периода лечения. В ходе долговременной психотерапии расширяется самопознание пациента, выявляются и разрешаются внутриличностные бессознательные конфликты, формируется понимание механизмов психической деятельности, что позволяет завершать процесс лечения. Урсано, Зонненберг, Лазар (Ursano R. J., Sonnenberg S. M., Lazar S. G., 1992) выделяют следующие критерии окончания терапии. Пациент:

- 1) чувствует ослабление симптомов, которые воспринимаются как чуждые;
- 2) осознает свои характерные защитные механизмы;
- 3) способен принять и признать типичные для себя реакции переноса;
- 4) продолжает *самоанализ* в качестве метода разрешения своих внутренних конфликтов. Вопрос о завершении лечения поднимает пациент, но его может поставить и психотерапевт в результате



анализа рассуждений и переживаний пациента по этому поводу. Дата завершения лечения устанавливается заранее по взаимному согласию психотерапевта и пациента.

Долговременная И. п. используется в рамках и других направлений, помимо психодинамического. Так, при наличии сложной, множественной симптоматики или выраженных личностных нарушений наиболее склонная к краткосрочности поведенческая психотерапия может продолжаться до 80-120 занятий в попытках достижения желаемого эффекта. Не редкостью является длительность лечения при психотерапии экзистенциально-гуманистической направленности, представители которой иногда считают необходимым оказывать пожизненную помощь и поддержку пациентам.

При проведении длительной психотерапии необходимо иметь в виду зависимость скорости улучшения состояния пациентов от числа психотерапевтических занятий. Как показали современные, выполненные на большом материале исследования Ховарда (Howard K. I., 1997), в общем, скорость такого улучшения быстро нарастает лишь до 24-го занятия, а затем резко замедляется. Психотерапевт должен быть готов к такой динамике и при необходимости последовательно продолжать выполнение намеченных и обоснованных психотерапевтических планов.

Выбор конкретных форм и методов психотерапии для индивидуальной помощи пациенту является непростой задачей. Не прекращаются споры о преимуществах и возможностях того или иного психотерапевтического направления или «школы». Современные научные достижения позволяют рассматривать психотерапию не просто как собрание методов, основанных на личных свидетельствах или системе убеждений, созданной той или иной «школой», что больше характерно для религиозных культов, чем научного подхода. Создаются критерии научности психотерапии, а научный анализ (например, метаанализ) позволяет реально предсказывать эффективность конкретного метода психотерапии при той или иной патологии, требующей психотерапевтического вмешательства (Perez M., 1989), показателями научной обоснованности того или иного метода психотерапии являются прежде всего:

- 1) доказательства эффективности;
- 2) обоснование предположениями, которые не противоречат современным научным данным.

При выборе методов психотерапии целесообразно учитывать данные Граве и соавт. (Grawe K. et al., 1994). Применительно к индивидуальной психотерапии метаанализ эффективности различных видов психотерапии показал, что многие методы не исследовались научно приемлемым образом, а эффективность других существенно различается. Достаточно убедительными были результаты *интерперсональной психотерапии* Клермана и Вейссман (Klerman G. L., Weissman M. M.) у пациентов с депрессией и нервной булимией. *Клиент-центрированная психотерапия Роджерса* эффективна при невротических расстройствах, а также показана для лечения алкоголизма и даже шизофрении, при этом часто в комбинации с методами поведенческой психотерапии. Высокую эффективность, но при ограниченном спектре патологии, показали методы когнитивно-поведенческого направления. Специфические фобии хорошо поддаются лечению *систематической десенсибилизацией*. При полиморфных фобиях, включавших и панические атаки, наиболее эффективными оказались методики *конфронтации* с ситуациями, которых боялись пациенты. *Когнитивная психотерапия* (Бек (Beck A. T.)) была успешной при лечении депрессий, а также страхов и личностных расстройств.

Из числа отечественных наиболее научно обоснованной и подтвердившей свою широкую клиническую эффективность индивидуальной формой психотерапии является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, основанная на теории отношений В. Н. Мясничева, представленная Б. Д. Карвасарским и его сотр.

По современным данным Бергина и Гарфилда (Bergin A. E., Garfield S. L., 1994), в мире используется более 400 психотерапевтических техник для взрослых пациентов и более 200 для детей и подростков. Большинство из них применяется в И. п. Лишь в многотомных энциклопедических изданиях возможно краткое знакомство с ними. Большое значение в И. п. имеет *психотерапевтический контакт*, поскольку при И. п. он создает оптимальные условия лечения и служит ведущим инструментом психологического влияния, способного приводить к позитивным переменам в чувствах, представлениях, отношениях и поведении пациента. Психотерапевтический контакт содержит следующие лечебные компоненты: удовлетворение ожиданий и потребностей, выслушивание (с

отреагированием или «вентиляцией» эмоционального напряжения), эмоциональная поддержка, *обратная связь*, помогающая осознать свои мысли, переживания и поведение. Психотерапевтический контакт формируется на основе развития взаимопонимания, коммуникации между психотерапевтом и пациентом. Важнейшей задачей врача при этом является создание устойчивых, доверительных отношений с больным. Психотерапевт проявляет уважение к пациенту, принимает его без морального осуждения и критики, проявляет желание помочь. Взаимопонимание между психотерапевтом и пациентом, необходимое для оптимального психотерапевтического контакта, достигается обоюдными вербальными и невербальными средствами общения. После установления первоначального контакта между психотерапевтом и пациентом их общение приводит к созданию определенных взаимоотношений, которые сохраняются в ходе психотерапии или изменяются на разных ее этапах. В. А. Ташлыкков выделяет два основных типа ролевого взаимодействия в психотерапевтическом контакте: руководство и партнерство. Руководство как выражение авторитета (власти) специалиста отражает традиционную медицинскую модель отношений «врач— пациент», при которой врач доминирует, занимает ведущую позицию, берет на себя ответственность за решение основных задач в период лечения, а пациент остается подчиненным, сравнительно малоактивным или пассивным объектом терапии. Такой психотерапевт наделяется магическими качествами, и больные особенно восприимчивы к его суггестивным влияниям, что может иметь положительное значение при выборе симптоматических методов И. п. или при слабой первичной мотивации пациента к лечению. Партнерство как модель неавторитарного сотрудничества, терапевтического союза предполагает активное участие больного в психотерапевтическом процессе, развитие ответственности и самостоятельности, умение делать выбор между альтернативными решениями. Психотерапевт эмпатическим подходом создает безопасную атмосферу общения, в которой пациент может свободно говорить о тягостных переживаниях и открыто выражать свои чувства. Современные, наиболее эффективные методы И. п. осуществляются на основе формирования терапевтического союза.

**ИНИЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПО ДЮРКХАЙМУ.** Метод психотерапии (*initiatistische therapie*), основанный в 1950-х гг. в Германии немецким религиоведом, философом и психологом Дюркхаймом (Durckheim K. G., 1896-1988) и его вначале сотрудницей, а затем женой, психологом Гиппиус-Дюркхайм (Hippius-Durckheim M., род. в 1909). Он представляет собой синтез восточной мудрости и западной психотерапии, «мост между христианской и буддийской мистикой, с одной стороны, и современной экзистенциальной философией — с другой» (Wotruba A. 1987).

И. т. п. Д. стремится «открыть дверь в таинственный мир» и показать, что «истинное Я» далеко выходит за рамки прагматических отношений повседневности. Она хочет инициировать процесс высшего развития. Психотерапией она является в том смысле, что пытается аналитически трактовать символы и картинки, предлагаемые в различных упражнениях.

Основополагающий элемент работы — это медитативное положение, в котором проводятся различные упражнения. Оно схоже с формой *медитации* в дзэн-буддизме, которое стало известно в Европе благодаря И. т. п. Д. В Тодмоос-Рютте, небольшом местечке в Верхнем Шварцвальде, Дюркхаймы построили центр встречи и образования, который считается центром инициальной терапии. Сейчас там находятся 50 из 150 психотерапевтов, работающих по принципу экзистенциальной психологии. Новые идеи они заимствуют у многих людей других профессий, которые приезжают в Тодмоос-Рютте для получения дальнейшего образования. До 1965 г. Дюркхайм называл свой метод «большой терапией» или «терапией для осуществления своего настоящего Я». И только в 1968 г. появляется понятие «инициальная терапия», которое с 1970 г. закрепляется за психотерапией по Дюркхайму и Гиппиус.

Идеи инициальной терапии основываются по большей части на опыте, приобретенном Дюркхаймом за 8 лет пребывания в Японии, где он работал аккредитованным послом при посольстве нацистской Германии. На его работу повлияло долгое занятие восточной мистикой, а в особенности дзэн-буддизмом, а также изучение европейской мистической традиции, прежде всего работ доминиканского монаха Экхарта (Eckhart M., 1260-1327). Мария Гиппиус привнесла в терапию свой опыт работы по методу *Юнга* (Jung C. G.).

Образование (для получения диплома и для повышения квалификации) можно получить в Тодмоос-Рютте, учеба длится настолько долго, насколько к этому готовы заинтересованные студенты,

но в любом случае растягивается на несколько лет. Она рассматривается как собственный путь по ступеням самопознания и независимо от предыдущего образования доступно в принципе каждому. Условием является лишь сам процесс, инициальное самопознание.

Терапия состоит из комбинации работы над телом, живописи, осязательных упражнений, упражнений на ощущения, в сопровождении средств для творчества (работа с глиной, красками, музыкой, танцами, мечом, жестами и манерами), с помощью которых человек может почувствовать себя в качестве того, кто прикасается, и того, к кому прикасаются, открыть в себе нераскрытый творческий потенциал. К терапии также относится глубинно-психологическое раскрытие (или разгадывание) картин, снов и биографий, а также медитация (сидение в тишине) и экзерсициум (упражнения, относящиеся к повседневной жизни). Считается, что человеку нужно предоставить поле для исследований, где он сам мог бы прочувствовать себя и познать то, что Дюркхайм называл «двойным источником» человека. Таким образом на поверхность нашей жизни выйдет новое существование из самого человека, из его истоков и его отношения к себе.

Под понятием «инициальная терапия» всегда подразумевается одновременно инициация и индивидуализация. Душевные и психосоматические заболевания понимаются при этом не только как «лишний» симптом, а рассматриваются как препятствие на пути к общему оздоровлению и становлению человека (индивидуализации). И. т. п. Д. осуществляется исключительно на трансперсональном уровне. Проработка проблем на «реальном» уровне просто не предполагается. Она может дать важные импульсы через поиск смысла жизни и самопознание, для лечения психических нарушений пригодны лишь некоторые ее элементы, например медитация или медитативное рисование в рамках общего клинического процесса лечения.

И. т. п. Д. особо рекомендуется людям, ищущим смысл своей жизни, а также тем, кто переживает кризис или срыв и нуждается в новых ориентирах. Она используется и для лечения психических расстройств, таких как фобии и депрессии, психосоматических нарушений и нервной анорексии; не показана для лечения лиц, страдающих алкогольной, наркотической и лекарственной зависимостью.

**ИНСАЙТ.** Понятие И. (англ. insight — постижение, озарение) отражает психологический феномен — внезапное, новое и невыводимое из прошлого опыта понимание, постижение существенных отношений и структуры ситуации в целом, посредством которого осуществляется осмысленное решение проблемы. Понятие И. введено гештальт-психологией (Кёлер (Kohler W.)) и противопоставляется бихевиористскому понятию «пробы и ошибки». В первом случае решение проблемы осуществляется мгновенно, а во втором — постепенно, путем длительных поисков. Кроме того, для гештальтистов И. означает переход к новой познавательной, образной структуре, соответственно которой сразу же меняется характер приспособительных реакций.

И. в психотерапии представляет собой слияние эмоциональных переживаний пациента в условиях «здесь и теперь» с когнитивным учетом предшествующих причин или событий и последствий имеющегося у него дезадаптивного жизненного стереотипа. В *рационально-эмоциональной и когнитивной психотерапии* И. рассматривается как процесс установления зависимости между жизненными событиями и психологическими реакциями. Он связан с обнаружением значения, которое пациент придает внешнему окружению и внутренним ощущениям.

В психодинамической психотерапии инсайт-ориентированные беседы начинаются с анализа симптомов, затем акцент переносится на эмоциональные состояния, осуществляется переход к И. с учетом связи эмоциональных состояний и жизненной ситуации, далее к личностным стереотипам и представлениям, которые создали данную жизненную ситуацию, и, наконец, — к опыту раннего детства. Для достижения И., а также исследования функционирования личности больного неврозом требуется разностороннее изучение происхождения невротических стереотипов и представлений как объяснимых реакций и способов адаптации к психотравмирующему опыту раннего периода развития. И. взаимосвязан с *интерпретациями*, с помощью которых пациент постепенно подводится к *осознанию* влияния *эдипова комплекса* на происхождение своих проблем. В результате у пациента наступает внезапное прозрение, И., в сознании устанавливаются связи между настоящими проблемами, страхами, эдиповскими влечениями, *переносом* в отношениях с психоаналитиком. Последующая переработка И. приводит к соответствующим личностным изменениям пациента.

При личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии расширение сферы сознания

происходит, в частности, вследствие И., нового понимания прежде неосознаваемых связей между настоящим и прошлым в особенностях представлений, переживаний и поведения. Достижимая при этом глубина И. может быть различной. Первый уровень — преимущественно интеллектуальное понимание: в сознании пациента возникает связь между проявлениями невроза и психотравмирующими факторами, патогенной ситуацией, что является лишь условием проведения психотерапии. Второй уровень — осознание пациентом связи между патогенной ситуацией и особенностями личности, позволяющее прояснить существование и содержание внутриличностных конфликтов. Третий уровень — осознание связи между стереотипами личностного реагирования и внутриличностными конфликтами, *психологической защитой*, связанными с нарушенной системой отношений, сформировавшейся в процессе развития личности на разных жизненных этапах.

**ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** В последнее десятилетие нарастает интерес исследователей и практиков к проблемам и возможностям развития И. п. (Beitman B. D., Goldfried M. R., Norcross J. C., 1989). О значимости интегративного движения в психотерапии свидетельствует и издание международного «Журнала интегративной и эклектической психотерапии». И. п., в отличие от *эклектической психотерапии*, использующей сочетание приемов различных психотерапевтических направлений, предполагает прежде всего концептуальный синтез разных теоретических систем психотерапии. В то же время эклектический подход является одним из элементов И. п., объединяющей конкретные лечебные методы из разнородных источников.

И. п. может развиваться на основе следующих подходов:

- 1) использования эклектической модели, объединяющей различные методы психотерапии, исходя из потребностей лечебной практики;
- 2) интеграции соответствующих научных дисциплин — медицины, психологии, социологии, педагогики, нейрофизиологии, философии, психолингвистики и др.;
- 3) синтеза теоретических положений различных психотерапевтических ориентации с учетом ведущей концепции личности и ее развития, психопатологии и симптомообразования.

Существенные возможности для развития И. п. предоставляет также поиск общего знаменателя для различных теоретических моделей посредством перевода их понятий на общепринятую терминологию или путем описания психотерапевтического процесса с позиций разных направлений. Следующие факторы способствовали развитию интегративного движения в психотерапии: 1) распространение многочисленных форм и методов психотерапии, затрудняющих выбор, а также их изучение и применение; 2) неадекватность ни одного из психотерапевтических направлений для всех категорий пациентов; 3) поиск общих базовых процессов, характерных для всех форм психотерапии, и постепенное признание того факта, что разные методы, по сути, могут иметь больше сходств, чем различий; 4) примерно равная эффективность лечения независимо от форм психотерапии; 5) акцент на существенной роли взаимоотношений психотерапевт—пациент при любых формах психотерапии; 6) социально-экономические процессы в обществе, предъявляющие повышенные требования к качеству, продолжительности и эффективности лечения и оказывающие более спланированное, чем разъединяющее психотерапевтов действие. Важнейшей характеристикой интегративного движения в психотерапии является учет психотерапевтом при выборе методов не столько собственных теоретических позиций, сколько индивидуальных клинико-психологических особенностей личности и болезни, а также потребностей пациента.

Хотя И. п. получила развитие в последнее десятилетие, в предшествующие годы также делались попытки постановки вопросов интеграции в психотерапии, росло понимание важности учета в психотерапии взаимодействия когнитивных, эмоциональных и поведенческих аспектов функционирования пациента. Внутри единого психотерапевтического подхода целесообразно использование, в зависимости от задач этапа лечения, определенных приемов воздействия на познавательные, эмоциональные и поведенческие стереотипы нарушенного реагирования пациентов. Различные комплексы из этих методов наиболее детально разработаны в том или ином психотерапевтическом направлении и могут дополнять друг друга. В частности, на одном этапе лечения необходим психодинамический подход, расширяющий сферу познания (*осознание* бессознательного материала), на другом этапе — поведенческий подход, помогающий пациенту выработать новое, более конструктивное и зрелое поведение. Одним из общих свойств применения любой формы психотерапии

является наличие ступеней, или фаз: установление контакта и активное участие пациента в психотерапевтическом процессе; определение психотерапевтической «мишени» (симптоматика, конфликт, самооценка и др.); изменение прежних дезадаптивных способов восприятия, переживания и поведения; окончание лечебного курса.

Давно предпринимались попытки синтезировать психоаналитическую и бихевиористскую теории. Однако все ограничивалось реинтерпретацией поведенческих приемов в психодинамических формулировках либо перефразированием положения психоаналитической теории в рамках концепции *научения*. Речь идет о разработке психотерапевтических подходов, сочетающих психодинамические и поведенческие методы в интегративной терапии больных (Murray M. E., 1976). В этом случае психотерапевт при анализе симптомообразования учитывает как интрапсихическую динамику, так и актуальную жизненную ситуацию пациента и обстоятельства, подкрепляющие проявления болезни.

Отмечаются также попытки интегрировать когнитивные и поведенческие подходы в психотерапии. Познавательного-обучающего подход как синтез когнитивного и поведенческого направлений в психотерапии, с одной стороны, признает важность интраперсональных факторов в адаптации, а с другой — акцентирует роль переменных окружения, влияющих на феноменологию и функционирование личности больных (Mahoney M. J., 1977). Сущность этой новой, интегративной формы психотерапии основывается на следующих предпосылках:

- 1) человеческий организм реагирует не столько на окружающие обстоятельства как таковые, сколько на когнитивные представления о них;
- 2) эти когнитивные представления функционально связаны с процессами и параметрами научения;
- 3) большинство человеческих знаний когнитивно опосредованы;
- 4) мысли, чувства и формы поведения каузально взаимосвязаны.

Эти положения определяют и главные цели психотерапии: перцептуальные навыки, моторные (исполнительные) навыки, ассоциативные навыки. Пациента обучают тонкому перцептуальному различению воздействий окружающей среды и внутренней стимуляции (мысли, чувства, образы, биохимические изменения и др.). Усвоение этих сложных знаний дополняется тренингом развития и критической оценки ассоциаций (в частности, *убеждений*, ожиданий). Больному дают возможность убедиться в том, что мысли и образы могут играть важную роль в адаптации и феноменологии личности. В заключение пациенту обычно предлагается *тренинг* исполнительных навыков, расширяющих выбор поведения в регулировании внешних или внутренних воздействий.

Широкое сочетание различных видов психотерапии, прежде всего экзистенциальной, используется в одном из новых направлений — *психосинтезе*, цель которого — гармонизация и интеграция в единое целое всех качеств и функций индивидуума. *Нейролингвистическое программирование*, междисциплинарная интегративная концепция психотерапии, предоставляет в распоряжение психотерапевта *мета модель* как поэтапную стратегию психотерапевтического поведения, расширяющую модель мира пациента и создающую условия для процесса изменения личности. Предполагается, что данная метамодель может использоваться психотерапевтом любой ориентации и на определенном этапе должна быть интегрирована в лечебный процесс с методами, существующими в уже установившихся видах психотерапии. *Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова* как открытая психотерапевтическая система в последние годы расширяет свои возможности благодаря интеграции некоторых теоретических принципов и приемов поведенческой и гуманистической психотерапии (прежде всего *клиент-центрированной психотерапии* и *гештальт-терапии*). Становление интегративной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии требует синтеза концептуальных основ психологии отношений, деятельности и общения личности, нарушений ее развития и реконструкции. На базе этой интегративной концепции психотерапии возможно включение в данную систему релевантных ей и наиболее эффективных лечебных методов других психотерапевтических ориентаций.

Таким образом, становление И. п. представляет собой движение в направлении концептуального синтеза современных научных теорий личности и ее изменения, а также соответствующих им психотерапевтических методов.

**ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПО ПЕТЦОЛЬДУ.** Метод, направленный на интеграцию различных направлений и одновременно пытающийся подвести под психотерапевтическую деятельность научный фундамент. Этот метод называют также интегративной гештальт-терапией. Интегративную терапию начал развивать с середины 1960-х гг. немецкий психолог, теолог и философ Петцольд (Petzold H., род. в 1942 г.) вместе со своими сотрудниками. По Петцольду, «интегративная терапия связывает метод с конфликт-центрированным, глубинным подходом, включающим в себя упражнения и испытания определенных эмоций». Она расширяет принцип классической гештальт-терапии «здесь-и-сейчас» и одновременно временную перспективу, горизонты прошлого и будущего, учитывая при этом временной континуум, социальное и экологическое пространство в качестве контекста. Интегративная терапия понимается как интегративная интервенция.

И. п. п. П. направлена на то, чтобы воспринимать человека как нечто целое, и предлагает ему соответствующую терапию. При этом она основывается на опыте современных исследований по психотерапии, которые доказывают, что большинство подходов в психотерапии имеют общие основополагающие, но различные факторы воздействия и что благодаря совмещению этих факторов можно избежать односторонней направленности психотерапии. Петцольд пытается объединить в интегративной терапии теорию и практику *психоанализа, гештальт-терапии, психодрамы, телесно-ориентированной психотерапии и когнитивно-поведенческой психотерапии*. Не должно возникать случайной смеси упомянутых терапий (эkleктизм), а, напротив, следует стремиться к всеобъемлющему систематическому подходу.

В профессиональном становлении на Петцольда значительно повлияли личные встречи с ведущими философами и психотерапевтами, что и привело к развитию интегративной терапии. Так как развитие И. п. п. П. ясно показывает влияние основателя на его метод, кратко остановимся на данном аспекте.

Во время своего обучения Петцольд увлекался философией и психотерапией. Мерло-Понти (Merleau-Ponty M. J. J., 1908-1961), известный французский экзистенциалист и феноменолог, а также философы Марсель (Marcel G. H., 1889-1973), Фуко (Foucault M., 1926-1984), Рикёр (Ricoeur P., 1913) оказали на него сильное влияние. Благодаря встрече с русским психологом, врачом и философом В. Н. Ильиным (1890-1974) Петцольд узнал о «терапевтическом театре»; у врача и психиатра *Морено* (Moreno J. L., 1889-1974) он углубил свои познания в психодраме. В США Петцольд занимался гуманистической психотерапией и разнообразными формами телесно-ориентированной психотерапии. Он также познакомился с венгерским психоанализом, который испытал влияние психиатра и аналитика Ференци (Ferenczi S., 1873-1933).

Его разносторонние знания и интересы привели к попытке интеграции различных направлений и подведения под эту работу научного фундамента. Человек в интегративной терапии имеет душу и тело и ведет душевно-телесную жизнь. Ему присущи как сознательные, так и неосознанные устремления и чувства. С первой минуты своей жизни он обменивается информацией с окружающим миром и близкими людьми. Многие впечатления человек воспринимает через свое тело и сохраняет в своей «телесной памяти». Люди выражают себя через жесты, творчески используют свое тело, например в танце, и действуют с помощью своего тела.

Развитие человека невозможно представить без взаимодействия с другими людьми: «Человеком становятся через своих близких» (Петцольд). Современные познания в области исследования младенцев подтверждают это. Всем возрастам присущи взаимодействие и развитие: они ни в коем случае не исключают взрослую фазу развития. Душевные травмы и обиды в раннем детстве могут быть переработаны затем вместе с опытом более зрелого человека.

Быть «единым» с самим собой (отождествление) — подобный опыт переживается еще в материнской утробе. Петцольд говорит об «архаичном Я-теле» еще не родившегося ребенка: эмбрион чувствует, познает и вспоминает себя через свое тело. К концу первого года в ребенке возникает «рефлексивное Я»: он осознанно рассматривает себя как независимого человека и использует реакции своих близких для построения своей индивидуальности, которая меняется на протяжении всей жизни. Общественные условия, в которых люди живут и которые предписывают людям определенные роли, имеют влияние на возникновение какого-либо опыта у человека и последствия этого.

Поскольку люди связаны с миром социальных отношений, с семьей, с обществом, с рабочим

коллективом или с кругом друзей, они находятся под их непрерывным влиянием. Хорошие, счастливые отношения обуславливают развитие человека и приносят творческую энергию; точно так же отношения и связи могут тормозить развитие, мешать и приносить вред.

И. п. п. П. основывается на современных знаниях в области развития, доказывающих, что на протяжении жизни могут случаться события, которые при достаточном повторении становятся болезненными или приносящими вред и даже приводят к болезни или нарушению. К ним относятся продолжительный стресс, завышенные требования, потери, неопределенность, подавление чувств и конфликтов. Точно так же человек способен познавать нечто такое, что помогло бы и поддержало его при преодолении небольших затруднений. Каждый человек переживает собственное индивидуальное развитие и проживает свою жизнь с собственными нагрузками и затруднениями со стороны своих социальных отношений и окружающего мира. Этому придается особенно большое значение в И. п. п. П. И поэтому не существует устоявшейся схемы по возникновению болезней и нарушений.

И. п. п. П. проводят в индивидуальной и групповой форме с детьми, молодежью, взрослыми, пожилыми людьми и умирающими. Она опирается на методы различных гуманистических, телесно-ориентированных (интегративная телесная терапия и терапия движений) и творческих терапевтических подходов и использует беседы в группах и индивидуально по методу гештальт-терапии.

Особенно важны доверительные, эмпатические и поддерживающие отношения между психотерапевтом и пациентом. Последнему подобная терапевтическая атмосфера помогает дать волю своим чувствам, выразить их и осмыслить с помощью соответствующего средства — через музыку, живопись, движение, телесный контакт. В И. п. п. П. никогда не идет речь о том, чтобы проявить себя во всей полноте, вместо этого в конце каждой встречи делается попытка осознать, что произошло. Терапия не может быть успешной без размышлений на тему, почему возникли те или иные чувства, какое значение они имеют «здесь и сейчас», что кроется за ними в прошлом и как мы можем с помощью нынешнего опыта смоделировать наше будущее. На протяжении всей терапии (и на каждой встрече) пациенты чувствуют уровни погружения их чувств и их знаний в самих себя. Как правило, встреча начинается с того, что пациенты размышляют о чем-либо, а психотерапевт подводит их к тому, чтобы представления и чувства, сопровождающие их проблему, смогли проявиться, и показывает пациентам, откуда они берутся. Этому процессу может способствовать живопись с различными материалами. Воспоминания могут быть рассмотрены во время психодрамы или кукольного представления по отдельным сценам. Возникающие ощущения могут быть углублены, в то время как пациенты полностью погружаются в это чувство и распределяют его по всему телу. Этот процесс может быть поддержан психотерапевтом с помощью определенных касаний или применения специальных положений тела. В заключение происходит «автономная телесная реакция»: чувство ощущается физически и находит себе выражение: ненависть, горе, боль или радость выходят наружу. Обдумывается беседа о происшедшем.

С помощью техник *поведенческой психотерапии* пациенты пробуют новые модели поведения. С точки зрения И. п. п. П. существует четыре способа, ведущих к выздоровлению: познание смысла и вникание в проблему, *корректирующий эмоциональный опыт*, эмоциональная «подпитка», которые показывают пациенту, что «здесь-и-сейчас» можно испытать нечто лучшее, чем было раньше; активизация творческого потенциала способствует этому, а опыт пережитого чувства солидарности в группе помогает составить представление об общественных отношениях. Терапия применяется при лечении неврозов, психосоматических нарушений, психозах, а также алкогольной и наркотической зависимости. Она может использоваться для сопровождения душевнобольных людей, лиц с неизлечимыми и хроническими заболеваниями, для реабилитации и самопознания.

Получение образования по И. п. п. П. длится, как правило, пять лет. К практике допускаются лица психосоциальных профессий, педагоги и лечебные педагоги, социальные и медицинские работники. В курс образования входит 1000 часов теории и практики, а также около 500 часов, ориентированных на самопознание с помощью анализа и *супервизии*. В немецкоговорящих странах в настоящее время этой методикой пользуется несколько сотен специалистов.

**ИНТЕНСИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Характеризуется: 1) ургентным видом помощи, связанным с наличием жизненно важной для пациента проблемы, требующей активного вмешательства психотерапевта в ситуацию и *эмоциональной поддержки* пациента (суицидальное поведение, фобии и

др.); 2) выявлением внутриличностных конфликтов и коррекций неадаптивных когнитивных установок, способствующих усугублению кризиса; 3) моделированием психотравмирующей ситуации, отреагированием эмоций и поиском выхода из конфликта во время психотерапевтических занятий.

Существуют модификации И. п., основанные на бихевиористской, интеракционистской моделях, используется опыт *когнитивно-поведенческой психотерапии* и *нейролингвистического программирования*. И. п. осуществляется в индивидуальной, семейной и групповой формах, носит краткосрочный характер (1-15 психотерапевтических часов).

**ИНТЕНСИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ФРОММ-РАЙХМАНН.** Базируется на теории психоанализа Фрейда (Freud S.) и психоаналитически-ориентированных концепциях его последователей, в частности на *интерперсональной психотерапии Салливана* (Sullivan H. S., 1953). Принципы интенсивной психотерапии были сформулированы Фромм-Райхманн (Fromm-Reichmann F., 1951) в результате многолетнего опыта применения этой концепции и ее приемов как в клинике неврозов, так и в лечении больных психозами. Целью И. п. Ф.-Р. является уменьшение эмоциональных трудностей пациента и устранение вследствие этого его невротической или психотической симптоматики. Этой цели можно добиться в процессе И. п. Ф.-Р. путем достижения *инсайта* и понимания пациентом неосознаваемых ранее причин психических нарушений. Такое *осознание*, в свою очередь, часто способствует изменению динамической структуры личности пациента. В постановке задачи автор видит принципиальное отличие своей психотерапии от других важных психотерапевтических методов, таких как *краткосрочная психотерапия*, *суггестивная психотерапия*, *гипнотерапия* и др. Их целью является устранение симптомов, в результате чего пациент возвращается в социальную жизнь. Если они и стимулируют инсайт, то центрируются при этом лишь на ограниченные его звенья. В отличие от них И. п. Ф.-Р. способствует проникновению в суть происхождения и динамики проблем пациента. Природу этих проблем или эмоциональных трудностей Фромм-Райхманн, как и Салливан, видит в трудностях межличностных отношений. Знание и понимание индивида, по Фромм-Райхманн, может быть достигнуто только путем изучения его отношений с другими людьми. Степень его психического здоровья определяется тем, насколько он сознает явные межличностные отношения и управляет ими. Более того, скрытые внутри индивидуальные психоэмоциональные переживания, такие как намерения и мечты, также существуют на языке межличностного опыта. Из такой межличностной концепции психиатрии и психотерапии, рассматриваемых «как наука и искусство межличностных отношений», вытекает определение объекта И. п. Ф.-Р. Психотерапия направлена на исследование и понимание явных и скрытых психических операций как межличностных процессов. Ни один из этих процессов не может быть понят иначе чем в терминах межличностного взаимодействия с другим индивидом. Психотерапевтический процесс, таким образом, рассматривается как межличностное взаимодействие между пациентом и психотерапевтом — «участвующим наблюдателем», делающим исследование таких взаимодействий валидным. Принципиальная задача психотерапевтического интервью, по словам Фромм-Райхманн, состоит в том, чтобы облегчить приобретение осознаваемой информации о межличностных трудностях и проблемах. Решение этой задачи поможет пациенту понять причины беспокоящего его аспекта жизни и в итоге избавиться от симптоматики. Поиск и интериоризация информации осуществляется пациентом как коммуникатором с другим человеком, психиатром. Отсюда следует, что И. п. Ф.-Р. является процессом строго межличностной природы как по процедуре, так и по содержанию.

В процессе И. п. Ф.-Р. используются следующие приемы: осознание трудностей пациента во взаимоотношениях с другими посредством наблюдения и исследования динамики его взаимодействий с врачом; актуализация забытых переживаний; исследование опасений, связанных с воспоминанием забытого эмоционального опыта; анализ *сопротивления*; создание атмосферы безопасности и уверенности больного в том, что его воспоминания и актуальное общение с врачом интерпретируются с вниманием к его бессознательному.

Применение И. п. Ф.-Р. не только в лечении больных неврозами, но и в психиатрической клинике Фромм-Райхманн считала продуктивным, поскольку разделяла точку зрения Салливана, соединявшего развитие и прогресс *психоаналитической психотерапии* с распространением ее на различные нозологические группы. Кроме того, это связано с принципиальной научной позицией Фромм-Райхманн. По ее мнению, проблемы и эмоциональные трудности невротических и



психотических пациентов в принципе сходны между собой, а также с эмоциональными трудностями психически здоровых людей, с которыми те время от времени сталкиваются. Автор подчеркивала, что первая и главная предпосылка для успешной психотерапии — обращение психотерапевта к ментальности пациента, уважение его личности. Такое уважение возможно только при условии понимания того, что трудности пациента не слишком отличаются от его собственных. Это утверждение Фромм-Райхманн было связано как с ее гуманистической ориентацией, так и с научной убежденностью, базирующейся на анализе психиатрических фактов.

**ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЖИЗНЬ ПО АЛЕКСЕЙЧИКУ.** Методика, разработанная литовским психотерапевтом Алексейчиком (Alekseicik A. E.) для организации терапевтических сообществ психотерапевтического отделения и *групповой психотерапии* пациентов с неврозами и другими пограничными расстройствами.

И. т. ж. п. А. — яркий пример *эклектической психотерапии*, сочетающей приемы *гештальт-терапии*, *психодрамы*, а также экзистенциальную ориентацию при отсутствии жестких концептуальных рамок. Для И. т. ж. п. А. характерна директивность, тщательная предварительная проработка сценария психотерапевтических и тренинговых занятий, интенсификация и драматизация включения участников в работу группы.

Основные принципы И. т. ж. п. А.:

1. Реалистичность (реализация правил «принятия судьбы» и «платы за все»).
2. Синтетичность («холистичность, тотальность» — поуровневая проработка пиковых переживаний участников группы с опорой на различные репрезентативные системы и с использованием широкого арсенала приемов).
3. Интенсификация переживаний (идентификация прорабатываемых переживаний и «выгорание лишнего»).
4. Опора на сохранные психические процессы и компенсаторные механизмы.
5. Драматизация (приемы «зависания над бездной», повторные переключения полярных переживаний участников группы, драматическая детализация и эксплуатация *групповой динамики* — формирование ассоциативных связей создаваемой психодраматической ситуации с реальными проблемами и взаимоотношениями участников группы).
6. Истинность информации (достигаемая приемами «материализации» и редуцированного «измерения» переживаний).
7. Четкое определение психотерапевтических (или тренинговых) целей, динамическая открытая шкалированная (балльная) оценка (самооценка) психокоррекционного эффекта.

Автор организует 2-5-дневные тренинговые семинары для психотерапевтов, врачей и психологов. Жесткая личностно-ориентированная направленность позволяет расценивать эти занятия как своеобразный профотбор и лабораторию профессионального и личностного роста психотерапевтов.

**ИНТЕРАКЦИОННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Метод разработан Хайгл-Эверс и Хайглом (Heigl-Evers A., Heigl F. S.) и представляет собой самостоятельный вариант *групповой психоаналитической психотерапии*. Модель И. п. занимает собственную «нишу» в психотерапевтических структурах, отличную как от коммуникативно-активирующих подходов, основанных преимущественно на поведенческих и психодраматических приемах, так и от классических психоаналитических подходов, где техническая сторона вмешательства психотерапевта и работа над *переносом* выглядят совершенно иначе. Метод интересен также и тем, что представляет собой одну из немногих систематически разработанных попыток психотерапии доэдиповских нарушений.

Теоретической основой модели является интеграция ряда концепций из социальной психологии и *групповой динамики* в основную психоаналитическую процедуру. Название метода заимствовано авторами у Кона (Cohn R.). Предметом психотерапии является манифестное коммуникативное поведение, регулирование взаимодействия между пациентами, социальные позиции и роли, которые выпадают индивиду в группе и которые он приписывает другим. Авторы используют основной принцип «селективной *аутентичности*» Кона. К техническим новшествам метода относится избирательное обращение с реакциями *контрпереноса* и формулирование «принципа ответа» вместо «принципа *интерпретации*». Анализ переноса не является предметом этого метода психотерапии.

Психотерапевт должен выступать в качестве объекта для больного, выполняя при этом

различные роли. В начале психотерапии он подобен первичному (родительскому) объекту. Он постоянно доступен, надежен и устойчив в общении, с интересом относится к пациенту, даже если ситуация общения отягощена коммуникативными трудностями и негативными эмоциональными реакциями больного. Сначала психотерапевт должен воспринять жалобы больного (контейнерная функция по Байону (Bion W. R.)), облечь их в слова, что организовало и постепенно сделало бы их символическими для больного. Это происходит за счет того, что он обогащает сообщения больного собственными ассоциативными находками, образами и историями. Таким образом он предоставляет себя в распоряжение пациента в качестве вспомогательного «Я», замещая дефицитарные функции «Я» последнего.

Далее психотерапевт не интерпретирует бессознательные психические процессы больного, а, по определению автора, «отвечает», т. е. дает понять больному, что является его переживающим собеседником. Психотерапевт избирательно, помня о том, что пациент в состоянии воспринять, сообщает о своих собственных ощущениях, мыслях и ассоциациях, которые дополняют и положительно комментируют переживания больного, привносят новые для него оттенки значений, а иногда и новые истолкования. Тем самым, действуя наперекор регрессивному стремлению пациента к зависимому слиянию с психотерапевтом, он подчеркивает свою «альтеритарность» («Мы — две отдельные личности с различными модусами восприятия, оценками, ощущениями и т. д.»).

Пациента поощряют к регистрации намеренного характера своих переживаний, т. е. того, что его «Я» активно ориентировано на объекты. При этом он может чувствовать, что направляет на объекты аффективно окрашенные установки, действия, ориентирует на них желания и требования и ищет способы регулирования и активного воздействия на актуальные отношения.

Психотерапевт фиксирует внимание больного на произвольном характере его коммуникативного поведения и побуждает его к принятию ответственности за это.

Конкретизация этого замысла психотерапевта может осуществляться на двух уровнях: на реальном уровне взаимодействия психотерапевта и больного и на уровне внутреннего диалога с биографически значимыми лицами. Здесь следует еще раз подчеркнуть особенность установки психотерапевта, проявляющуюся в том, что он видит себя не в традиционном качестве проекционного экрана для реакций переноса больного, а как реальное лицо, которое сначала поддерживает и сопровождает больного в его намерениях, предлагая использовать себя в качестве заместительного «Я» в решении каких-то жизненных вопросов, а также допустить и опробовать в безопасном реальном обращении с собой ряд аффектов и импульсов, которые больной считает опасными для использования в общении с другими лицами. Одновременно он работает над обучением пациента *вербализации* коммуникативных переживаний. Этому аспекту опробования и *научения* в ходе общения придается особое значение в групповой И.п.

Больного побуждают к тому, чтобы он установил, имеется ли связь воспринятого в актуальном терапевтическом общении (например, установка боязливого избегания) с какими-то ситуациями прошлой жизни и как далеко они простираются в прошлое. Пациенту часто удается описать типичные примеры из своего биографического опыта и сделать зримым центральный конфликт отношений с лицами своего ближайшего окружения. Наблюдаемый извне и подвергаемый рефлексии биографический аспект подлежит более интенсивной проработке, когда больного побуждают к тому, чтобы он воспроизвел в виде внутреннего монолога прошлые события как сцены из романа или фильма. Нередко таким образом удается коррекция прежних установок больного с позиции его сегодняшнего «Я».

Одним из условий достижения целей лечения является постоянная модификация установок и приемов психотерапевта в направлении от вспомогательного «Я» больного к сотрудничеству между двумя автономными и равными личностями.

**ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ХАРАКТЕР ПСИХОТЕРАПИИ.** Психотерапия как метод психических (психологических) средств лечебного воздействия является точкой пересечения ряда областей знания: медицины, психологии, социологии, педагогики и др. Интердисциплинарность как понятие получила особое распространение в связи с научно-техническим прогрессом, когда стали возникать быстро развивающиеся пограничные дисциплины и одновременно происходила дифференциация областей науки, опирающихся на различные традиционные дисциплины (их способы

подхода к проблеме и методы), например социальной антропологии, молекулярной биологии и др. Специфика метода психотерапии заключается в том, что ее объектом и одновременно инструментом служит одно из наиболее сложных явлений материального мира — человеческая психика. В связи со сложностью объекта психотерапии возникает необходимость принятия и применения достижений, методов и способов работы из других областей науки.

Несмотря на очевидный И. х. п., она, конечно, остается лечебной медицинской специальностью, а учет и разработка ее клинических основ имеют сегодня по-прежнему первостепенное значение (Карвасарский Б. Д., 1985). И как лечебный метод психотерапия более или менее тесно связана со всеми другими клиническими дисциплинами. Современное понимание болезни как биопсихосоциального явления ведет к признанию наличия психотерапевтических задач практически во всех клинических дисциплинах.

И. х. п. определяется клиническими предпосылками широкого и эффективного применения психотерапии. Во-первых, это прямое использование ее лечебного действия при большом круге заболеваний, в этиопатогенезе которых психическому фактору принадлежит решающая (неврозы) либо весьма существенная роль (другие пограничные состояния, психосоматические расстройства). Во-вторых, ее лечебно-профилактическое значение с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни, их последствия, влияние специфических соматических расстройств на психологическое функционирование индивида, его поведение. Применение психотерапии при соматических заболеваниях предполагает знание соответствующих аспектов раздела внутренних болезней, психосоматических соотношений.

И. х. п. проявляется также в лечебно-реабилитационном процессе при широком круге заболеваний, особенно при хроническом их течении (Кабанов М. М., 1978; Seidel K., Szewczyk H., 1976). В ходе реабилитации с каждым этапом возрастает необходимость все более интенсивного включения больного в социальную жизнь (вначале в терапевтической, а затем и во внутерапевтической среде), поэтому психотерапевтические мероприятия приобретают важную роль. Поле действия психотерапии достаточно широкое, и при соответствующих модификациях психотерапевтические методы могут быть использованы также для решения психогигиенических, психопрофилактических и иных задач (например, *социально-психологический тренинг* с коммуникативными проблемами; при этом одновременно со специфическими часто решаются также задачи сохранения и укрепления здоровья).

Психотерапия тесно связана с общей и медицинской психологией, социологией, социальной психологией. В психотерапевтической работе с группами пациентов особое значение имеют феномены и закономерности социальных интеракций, коммуникации, *групповой динамики*. Этим обусловлено тесное сотрудничество в лечебной практике врача-психотерапевта и психолога. В свою очередь, психотерапия способствует развитию социальных наук благодаря исследованиям, опирающимся на специфический научный подход. Ввиду включения в психотерапию все большего числа специальных конкретных приемов расширяются ее связи с искусством, музыкой, лингвистикой и с другими областями знаний с учетом значения их достижений для психотерапевтического процесса.

И. х. п. отражается также в организации психотерапевтической службы и образования в области психотерапии. Расширяется сеть *психотерапевтических кабинетов* поликлиник и стационаров, психотерапия включается в территориальные программы обязательного медицинского страхования, увеличивается количество кабинетов *психологической коррекции* на промышленных предприятиях, служб *психологического консультирования*. Интеграция психотерапии в медицину осуществляется и через семейных врачей, врачей разных специальностей — невропатологов, кардиологов, онкологов и др.

Новые требования к психотерапии, более четкое определение ее места среди других медицинских дисциплин, разработка критериев эффективности и профессионализма предполагают создание комплекса преемственных и взаимосвязанных программ, которые позволят осуществить более качественную подготовку психотерапевтов и других специалистов, использующих в своей работе психотерапию.

Хидаш (Hidas G., 1976) понимает проблему И. х. п. как этап развития психотерапии и отмечает, что те научные направления, которые прошли уже фазу интердисциплинарности, становятся самостоятельными, в полной мере независимыми от тех дисциплин, из которых они развились.

Рассматривая перспективы развития психотерапии, можно полагать, что включение во всю медицинскую деятельность — диагностическую, терапевтическую, реабилитационную, профилактическую — элементов психотерапии способствовало бы более полной реализации И. х. п.

**ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КЛЕРМАНА И ВЕЙССМАН.** Этот метод был разработан Клерманом (Klerman G. L.) и Вейссман (Weissman M. M.) в конце 1960-х гг. для лечения больных депрессией и с самого начала был ориентирован на решение проблем, возникающих именно у этой категории пациентов. Целью авторов было не создание той или иной теоретической концепции лечения, а разработка максимально эффективного практического метода психотерапии депрессивных больных.

Отправной точкой создания и совершенствования И. п. К. и В. явилась констатация того факта, что депрессии чаще всего возникают вследствие неблагоприятных изменений в межличностной обстановке и ближайшем окружении пациентов, например при утрате близкого родственника или в результате конфликта с окружающими. Психотерапия направлена главным образом на изменение межличностного контекста депрессивной симптоматики. Авторы признают немаловажную роль личности больного в возникновении депрессии, однако считают более перспективным улучшение социального статуса пациента и тем самым опосредованное влияние на клинику заболевания, чем изменение достаточно устойчивых и малоподдающихся трансформации личностных характеристик больного. Особое внимание к межличностному окружению больного депрессией появилось после создания Майером (Meyer A.) в 1957 г. психобиологической концепции психических расстройств, согласно которой межличностное окружение является весьма значимой стороной жизни любого человека, а психическое расстройство рассматривается как патологический способ приспособления индивида к требованиям конкретных окружающих. Эта концепция перекликается с идеей Салливана (Sullivan H. S.) об исключительном значении межличностных отношений как важнейшей составной части психотерапии. Но прямой связи с учением Салливана И. п. К. и В. не имеет и принципиально отличается от психодинамической психотерапии. При проведении И. п. К. и В. психодинамические толкования состояния пациентов отвергаются; способ психотерапии максимально приближен к особенностям поведения пациента и направлен на преодоление трудной актуальной жизненной ситуации, в которую он попал, а не на анализ прошлого и *осознание* ошибок.

Психотерапия с помощью данного метода ограничена известным периодом времени и четко структурирована по своему содержанию. На начальной стадии проводится точная диагностика и выясняется природа депрессивной симптоматики в связи с нарушением межличностных отношений пациента. На этом этапе больной получает подробные сведения об эпидемиологии, симптоматике, клиническом течении и прогнозе депрессий. Психотерапевт разъясняет ему смысл понятий, относящихся к обсуждаемой проблематике, формулирует цели и определяет сроки лечения, частоту курсов и при необходимости применяет сопутствующую медикаментозную терапию. Эта стадия носит ярко выраженный обучающий характер. Основная стадия концентрируется на одном или нескольких направлениях, относящихся к 4 наиболее важным проблемам, стоящим перед больным депрессией: преодоление депрессивного состояния (например, преодоление состояния скорби, вызванного утратой близких родственников); преодоление возникающих конфликтов межличностного характера между больным и его окружением (особенно конфликтных супружеских взаимоотношений); преодоление трудностей, связанных с изменением социальных ролей близких больному людей (например, уход детей из родительского дома); преодоление разного рода недостатков в межличностном общении.

В И. п. К. и В. исследуется не прошлое пациента, а его актуальные межличностные контакты, связи и их характер. Прошлое также изучается и учитывается, но лишь постольку, поскольку оно помогает понять актуальные образцы взаимоотношений больного с другими людьми. Психотерапия направлена не на осознание своих ошибок в прошлом, а на их преодоление в настоящем, не на исследование интрапсихических явлений, таких как природа конфликтов, защитные механизмы, а на анализ конкретного межличностного настоящего больного, в особенности на характер протекания межличностных отношений в период проявления депрессивной симптоматики. Взаимоотношения между психотерапевтом и пациентом не фокусируются на *переносе*. Психотерапевт выступает не в роли нейтрального наблюдателя, а в роли защитника и адвоката больного. Он активно ведет пациента, руководит им, ободряет и поддерживает его. Отношения «психотерапевт—пациент» учитывают

реальную ситуацию и служат решению конкретных проблем. При этом больной не должен слишком зависеть от психотерапевта или заметно уступать ему в интеллектуальном и волевом аспектах. Только в тех случаях, когда поведение пациента по отношению к психотерапевту начинает отрицательно влиять на ход лечения, об этом следует поговорить с ним.

Психотерапия направлена на гармонизацию межличностных отношений пациента с окружающими его людьми, для чего психотерапевт пользуется всеми подходящими для этого способами. К ним относятся: построение (вместе с больным) лучшей, скорректированной с учетом требований окружающих модели коммуникативного поведения; разработка новых стратегий решения проблем, возникающих у больного, и выработка умений более успешно преодолевать стрессовые ситуации в межличностном общении; преодоление устаревших схем и стереотипов во взаимоотношениях, не соответствующих изменившимся требованиям окружающих и возможностям пациента; активный отказ от этих устаревших схем в пользу новых и усвоение более адаптивных способов взаимоотношений с окружающими и т. п.

Авторами была разработана также программа тренировки психотерапевтов, позволяющая специалистам с разным уровнем подготовки в сжатые сроки овладеть данным методом и приступить к проведению психотерапии.

Поскольку эмпирические исследования показали, что супружеские конфликты и после успешно проведенной интерперсональной психотерапии остаются, как правило, неразрешимой проблемой для пациентов и существует высокий риск рецидивов такого рода, была разработана психотерапия супружеской пары. Она нацелена на коррекцию отношений между супругами в следующих сферах: коммуникация, сексуальные отношения, регулировка границ интимности и откровенности, руководящая роль в семье и претензии на руководство, достижение социально значимых целей. И в этом случае прежде всего выясняется весь комплекс стоящих перед пациентом проблем в супружеских взаимоотношениях, а затем проводится психотерапия, цель которой — разрешение этих проблем.

В последнее время отмечаются попытки применения данного метода психотерапии (после соответствующей модификации) при лечении других заболеваний, помимо депрессии. Метод уже используется при расстройствах личности и анорексии. И. п. К. и В. применяется также в межличностной программе консультаций пациентов в общемедицинской практике и в оказании консультативной психотерапевтической помощи пациентам, жалующимся на симптомы страха и тревоги либо обращающимся к психотерапевту по поводу обычных жизненных ситуаций и неурядиц. Речь идет об очень непродолжительном вмешательстве (не более 6 получасовых консультаций), которое задумано так, что эти консультации могут проводить врачи общей практики после соответствующей подготовки.

Прагматическая направленность И. п. К. и В. проявляется также в непривычном для психотерапевтов непредвзятом отношении к медикаментозной терапии. При ее проведении стало скорее правилом, чем исключением, применение антидепрессантов наряду и параллельно с психотерапией. Эта комбинированная терапия базируется на результатах исследований, определивших условия, при которых показано и даже необходимо проводить параллельное медикаментозное лечение.

**ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ САЛЛИВАНА.** Психиатрический и психотерапевтический подход, разработанный Салливаном (Sullivan H. S.), основан на представлении о ведущем значении межличностных отношений между людьми в норме и патологии.

Развитие концепции в известной мере определялось конфронтацией с *психоанализом*. Хотя И. п. С. и относится к *динамическому направлению в психотерапии*, в проработке проблематики заметна поведенческая ориентация.

Суть И. п. С. состоит в признании важности межличностного взаимодействия как основы формирования нормы и патологии. Согласно Салливану, человека характеризуют две ведущие потребности, одна из которых имеет биологическую природу (потребность в нежности, ласке), а вторая (потребность в безопасности) связана с межличностными отношениями. Психологический смысл первой потребности — ослабление силы физиологических потребностей (голод, жажда, половое влечение). Этот уровень функционирования присущ и животным. Вторая ведущая потребность имеет уже чисто человеческую природу и направлена на снижение тревоги и неуверенности. Удовлетворение второй потребности ложными способами приводит к психическим заболеваниям, которых, по мнению

Салливана, у животных нет.

Отдельно Салливан акцентирует внимание на важной роли тревоги в патологии (дезорганизации жизни) и вообще в жизни. Нарушения поведения являются реакцией на усиление тревоги. Большое значение имеет и конфликт тенденций: стремление удовлетворить физиологические потребности может привести к утрате чувства безопасности. Одним из путей, которым индивид может избавиться от тревоги, является механизм «избирательного внимания», отсеивающий информацию, несущую тревогу.

Способы ослабления тревоги закрепляются в опыте. Важнейший период в этом смысле — детство. Причина, по которой именно в детстве происходит формирование наибольшего числа искаженных форм поведения, — неполноценный опыт. Неполноценность опыта на этом этапе развития обусловлена так называемой прототаксической — поверхностной, «до целенаправленной» — формой его приобретения. Сам опыт проживается на этом этапе развития в виде моментальных состояний, причем отсутствует понимание связи между прошлым, настоящим и будущим. При таком опыте окружение отождествляется с собственными эмоциями ребенка. Например, материнская грудь воспринимается по-разному. Если молоко идет легко и в достаточном количестве, что приводит к удовлетворению биологической потребности, то сама грудь закрепляется в сознании как хорошая. Если молока мало, то грудь закрепляется в сознании как плохая.

Следующий период развития — паратаксический — характеризуется тем, что индивид осознает определенные связи между явлениями, но эти связи могут носить поверхностный, случайный и внешний характер, например, при совпадении событий во времени. Паратаксический период развития имеет важное значение в возникновении патологии, и искажение понятий и опыта сходно с фрейдовским пониманием *переноса*. У пациента происходит генерализация отрицательного опыта в межличностных отношениях, главным образом с раннего детства и до отношений с психотерапевтом.

В процессе психотерапии регрессивный, паратаксический способ корректируется анализом отношений пациента в детстве, и одновременно в межличностных отношениях с психотерапевтом больной учится получать удовлетворение от общения с людьми, избавляется от тревоги, приобретает чувство безопасности, налаживает адекватные отношения с собой и окружающими людьми. При этом происходит перестройка личности, которая приводит к тому, что пациент начинает явно видеть пути выхода из ситуаций, ранее представлявшихся неразрешимыми.

По своему характеру метод Салливана приближается к современным вариантам *краткосрочной психотерапии*. В нем четко прослеживаются наряду с аналитической ориентацией элементы *поведенческой психотерапии*.

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ** (лат. *interpretatio*). В широком понимании И. означает разъяснение неясного или скрытого для пациента значения некоторых аспектов его переживаний и поведения, а в психодинамической психотерапии представляет собой определенную технику истолкования значения симптома, ассоциативной цепочки представлений, сновидения, фантазии, *сопротивления*, *переноса* и др. При этом психотерапевт делает неосознанные феномены осознанными, используя свое собственное бессознательное, *эмпатию* и интуицию, а также опыт и теоретические знания. И. является важнейшей психоаналитической процедурой. Если *свободные ассоциации* относятся к основному способу получения наиболее важного материала от пациента, то И. представляет собой главный инструмент анализа этого материала и перевода бессознательного в сознательное.

Первые ссылки на психоаналитическую И. в работах *Фрейда* (Freud S., 1900) связаны с И. сновидений. Термин И. связывался с собственным пониманием и восстановлением психоаналитиком скрытых источников и значений сновидения («латентного содержания»). Это достигалось путем изучения свободных ассоциаций пациента на осознанное воспоминание о самом сне («манифестное содержание»). В основе этой деятельности лежат следующие положения: а) что сновидение имеет смысл; б) что этот смысл может быть разъяснен человеком, знакомым с символикой и с первичными процессами (правилами, регулирующими бессознательную психическую деятельность), с жизненными обстоятельствами того, кто видел сон, и с ассоциациями, которые вызвало у него сновидение, и в) что видевший сон может подтвердить правильность И. своей реакцией на нее, в простейшем случае — вспомнить какое-либо событие, соответствующее тому, о чем высказал предположение аналитик. Именно последнее положение не позволяет превратить И. сновидения в необоснованную и догматическую процедуру. В ранние годы развития *психоанализа* аналитик раскрывал пациенту свою И.

и объяснял ее, что само по себе носило достаточно дидактический характер. Лапланш, Понталис (Laplanche J., Pontalis J. B., 1996) отмечают важный терминологический момент. Слово «интерпретация» в английском и французском языках не вполне соответствует смыслу немецкого слова «Deutung». Здесь «И.» подчеркивает субъективный или даже произвольный момент высказывания или события. Немецкое «Deutung», как и русское «толкование», ближе по смыслу к объяснению, прояснению и меньше связано в обыденном сознании носителя языка с отрицательными смыслами, иногда присущими французскому или английскому терминам. Deutung сновидения заключается у Фрейда в определении его Bedeutung, его значения. Позже, в работах по психоаналитической технике Фрейд (1911-1915) стал считать, что психоаналитик должен не открывать пациенту сделанную И. его снов и свободных ассоциаций, а держать ее в секрете от него до того времени, пока со стороны пациента не появятся признаки сопротивления. С этого времени Фрейд (1913) стал выражать свое «неодобрительное отношение к любому методу, при котором аналитик объясняет пациенту симптомы его болезни, как только сам для себя их раскрывает...» Фрейд предлагает проводить разграничение между И. и передачей И. В психоанализе и *психоаналитической психотерапии* И. отводится особое место. Бибринг (Bibring E., 1954) отводит И. главенствующее положение в иерархии терапевтических принципов, поскольку все остальные методы служат одной цели, способствуют И. и повышают ее эффективность.

Существенным является вопрос о том, когда целесообразно начинать объяснение пациенту значение его симптомов, ассоциаций, отношений, поведения и других элементов, происходящих из бессознательного, искаженных и доведенных до неузнаваемости под воздействием механизмов *психологической защиты*. Необходимо помочь пациенту осознать истинное значение своих ассоциаций в нужный момент, когда он уже готов и способен понять данную И. Принятие и интеграция пациентом И. могут успешно осуществляться лишь при ее эмоциональной опосредованности. И. должна быть неожиданной для пациента, она сообщает что-то новое, прежде ему неизвестное о себе. И. взаимосвязана с *инсайтом*. Она не только раскрывает значение скрытого материала, но и может способствовать новому потоку ассоциаций, чувств и воспоминаний, которых пациент до сих пор еще не касался.

Иногда И. осуществляется в краткой форме, в виде ключевого слова или фразы, которые раскрывают новую сторону прежде обсуждавшегося материала, но обычно для этого требуется не одна, а несколько И. и тщательное прояснение, проводимое шаг за шагом. Очень часто прояснение ведет к И., которая, в свою очередь, приводит к дальнейшему прояснению. Аналитикам свойственно говорить в такой манере, будто каждое высказывание является И., но, строго говоря, это не так. Определенные высказывания аналитика являются *конфронтациями*, прояснениями, т. е. замечаниями, одни из которых привлекают к чему-то внимание пациента без объяснений этого, а другие отражают то, о чем говорит пациент, и тем показывают, что аналитик по-прежнему с ним (Райкрофт Ч., 1995).

В ситуации, когда психотерапевту становится совершенно ясным скрытое значение каких-либо переживаний пациента, бывает трудно удержаться от того, чтобы не сообщить об этом пациенту. Как слишком раннее, так и слишком позднее проведение И. нежелательно. Эмпатическое поведение психотерапевта позволяет избежать этого. Каждый раз он пытается почувствовать, что испытывает пациент, чтобы предвидеть его реакцию, а также понять, готов ли он принять И. и воспользоваться ею. На адекватную И. пациент обычно реагирует с облегчением и чувством благодарности. Хотя иногда наряду с этими чувствами И. переноса может сопровождаться легкой депрессией (Tarachow S., 1963), так как приводит к постепенной потере трансферного объекта (пациент обнаруживает посредством И. свои проявления переноса).

Если нет уверенности в правильности И., можно придать ей форму предположения, вопроса, намека, гипотезы, в данном случае И. скорее приближается к прояснению (*кларификации*). Правильными И. являются те, которые: а) адекватно разъясняют интерпретируемый «материал», б) формулируются таким образом и сообщаются пациенту на том этапе, когда становятся актуальными и обретают для него смысл. К преждевременным И. относятся «правильные» И., которые сообщаются пациенту еще до того, как обретут смысл (Rycroft C., 1995).

Наиболее существенными в психоанализе являются И. переноса. Они относятся к поведению пациента и к его ассоциациям в отношении аналитика. Если И. проводятся своевременно и правильно, они производят динамические и структурные изменения в психическом аппарате пациента,

способствуют установлению более адекватного равновесия между Ид, бессознательными частями Эго и Супер-Эго. В данном случае речь идет о мутационной (изменчивой) И.

Представление о том, что одни виды И. более эффективны, чем другие, содержится в самом понятии мутационной И. (*Страхей* (Strachey J., 1934)) высказал мысль о том, что важные изменения, вызываемые в состоянии пациента с помощью И., — это изменения, которые влияют на его Супер-Эго. Чтобы стать действенными, И. должны быть связаны с процессами, происходящими в аналитической ситуации непосредственно «здесь и сейчас» (так, по мнению Страхей, только И. таких непосредственно происходящих процессов, особенно процессов переноса, обладают достаточной актуальностью и значительностью, чтобы произвести фундаментальные изменения). Эта мысль сыграла свою роль в развитии того взгляда, что психоаналитику следует производить только И. переноса, ибо это единственный вид И., которые оказываются эффективными (мутационными). В последующем данная точка зрения подверглась критическому осмыслению (Сандлер С. и др., 1995; Томэ Х., Кёхеле Х., 1996).

Значительное место уделяется содержанию И., особенно с точки зрения относительной эффективности различных типов И. И. «содержания» есть выражение, используемое для обозначения перевода манифестного материала в то, что психоаналитик понимает как раскрытие его более глубокого смысла, обычно с особым акцентом на сексуальных и агрессивных желаниях и фантазиях детства пациента. Этот тип И. был самым распространенным в первые десятилетия существования психоанализа. Такие И. скорее рассматривают смысл (бессознательное содержание) того, что считалось подавляемым в психике пациента, нежели сами конфликты и борьбу, державшие эти воспоминания и фантазии в сфере бессознательного. Наряду с символическими И., которые представляют собой перевод символических значений в том виде, как они проявляются в снах, оговорках и т. д., И. содержания часто рассматриваются как составляющие основу деятельности психоаналитика — это неправильное представление ведет начало из ранних работ Фрейда. И. «защиты» — это особая форма анализа сопротивлений. Такие И. имеют целью показать пациенту механизмы и маневры, которые он использует, чтобы справиться с болезненными ощущениями, связанными с тем или иным конкретным конфликтом, а если это возможно, то и происхождение этих действий. И. защиты считаются неотъемлемым компонентом И. содержания, поскольку последние рассматриваются как недостаточные в случае, если пациенту не раскрыт способ, с помощью которого он справляется со своими инфантильными импульсами. Данное положение является существенным компонентом классической психоаналитической техники (Freud A., 1936; Сандлер и др., 1995; Райкрофт Ч., 1995) И. и последующие структурные изменения могут способствовать замене примитивных механизмов психологической защиты (например, отрицания, проекции) механизмами защиты более высокого уровня или конструктивными реакциями совладания (копинг-поведение), в результате чего происходит усиление «Я», уменьшение искажения межличностных отношений.

Существует также понятие частичной И., включающей, во-первых, предварительную И., ограниченную сознательными и предсознательными сферами, во-вторых, полную И., но сфокусированную лишь на отдельных интрапсихических «фрагментах». В этом случае И. частично раскрывает бессознательные мотивы и конфликты.

Как пример И. воспоминаний Уэльдер (Waelder R., 1987) приводит анализ фрагмента беседы с больным. Пациент рассказывает о смерти своего отца не только холодным и сухим тоном, но однозначно заявляет, что это никак его не задело. Если пациент был в хороших отношениях с отцом, любил его, в этих словах не было бы смысла. Но если он уделяет много времени описанию глубокой скорби в связи с гибелью своей собаки вскоре после смерти отца, то напрашивается И., что аффект скорби выразился с такой силой благодаря предыдущему событию, где пациент его не чувствовал, так как подавлял — из страха, стыда или, возможно, из опасения не совладать с эмоциями. Если И. о связи скорби пациента со смертью отца сделана в нужный момент, то пациент сможет, наконец, выразить чувства, которые до этого момента не находили выхода.

И. полезно начинать с косвенных коммуникаций пациента, таких как поведение, речь, установки общего характера. Нецелесообразно, например, говорить пациенту: «Вы, кажется, любите мать больше, чем отца». Предпочтительнее высказывание типа: «У меня такое впечатление, что ваши отношения к брату очень похожи на отношения вашего отца к вам». Не следует сразу же переходить к обозначению в переживаниях пациента эдиповых чувств. Если И. правильна, то пациент удивится и может сказать:



«Да? Я никогда об этом не думал», а далее в его ассоциациях получит подтверждение эта И.

И. в психоанализе рассматриваются как радикальные, а не симптомо-центрированные *психотерапевтические вмешательства*, предполагается, что они свободны от суггестии. Это то, что Фрейд называл «чистым золотом» психоанализа. В то же время Леви-Стросс (Levi-Strauss С.), анализируя роль И. при лечении у шамана и психоаналитика, писал: «В обоих случаях конфликты и сопротивление находят разрешение не из-за получения больным действительного или предположительного знания о них, а потому, что это знание приводит к особому опыту, при котором конфликты протекают в условиях, приводящих к их разрешению».

Следует также учитывать возможные отрицательные последствия применения И. Чрезмерное фокусирование на них в ходе психотерапии может увести пациента от активных действий в реальной жизни. Существенные затруднения могут возникать в результате критических И., если они используются до установления атмосферы истинного доверия и взаимопонимания между психотерапевтом и пациентом, а также при отсутствии готовности последнего понять и принять И. (слабость «Я», отсутствие необходимого уровня когнитивных ресурсов усвоения, преждевременность). В процессе психотерапии важно неоднократно повторять некоторые И. аналогичных ситуаций из настоящей и прошлой жизни пациента. Это подготавливает его к принятию новых И. и даже способствует собственной интерпретационной работе на пути становления самостоятельности, независимости и способности решать личностные проблемы и преодолевать жизненные трудности.

**ИСКУССТВЕННАЯ РЕПРОДУКЦИЯ АФФЕКТИВНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ПО КРЕСТНИКОВУ.** Крестников (Крестников Н., 1880-1936), известный болгарский психиатр. Медицинское образование получил в Петербурге (1904 г.); был последователем В. М. Бехтерева. Участвуя во 2-й Балканской и в Первой мировой войнах, неоднократно наблюдал спонтанные репродукции психических переживаний у солдат после тяжелых психических травм. Полагал, что репродукция, т. е. повторное переживание психической травмы, имеет терапевтическое значение. В дальнейшем исследовал *психокатарсический метод Брейера* (Breuer J., Freud S., 1909).

Техника И. р. а. п. п. К. заключается в том, что пациент, лежащий в полной тишине с закрытыми глазами, на фоне гипнотического *внушения* проходит 4 фазы. После латентной фазы длительностью 2-4 минуты спонтанно наступает органный фаза, при которой наблюдается тремор, учащенное дыхание и сердцебиение, сильный пот, слезы и др. Несмотря на то, что эти проявления свойственны аффектам страха и скорби, больной абсолютно спокоен и не ощущает никаких неприятных эмоций. Продолжительность этой фазы 2-4 минуты, после чего она переходит в следующую, эмоциональную фазу. К тремору, сердцебиению, потливости присоединяются отчетливый страх и подавленность настроения, однако больной не знает причины этого. Эта фаза продолжается 1-1,5 минуты и внезапно переходит в фазу представления: больной вдруг вспоминает определенное мучительное переживание, объясняющее его страх или скорбь с присущими им вегетативными и эмоциональными элементами. Это волнующее воспоминание захватывает все внимание пациента, при этом иногда *раппорт* с больным прекращается, появляются своеобразные судороги (истерические дуги). Такое состояние вполне безопасно, и спустя 5-30 минут больной выходит из него спонтанно. Весь процесс лечебной репродукции длится от 15 до 60 минут (в среднем 40 минут).

Обычно такой психотерапевтический прием используется для лечения больных неврозами. В зависимости от выраженности невротических расстройств на курс лечения требуется от 3 до 20 сеансов репродукций. При объяснении механизма действия психических травм и лечебного *катарсиса* Крестников опирался на учение В. М. Бехтерева о рефlekсах.

Заслугой Крестникова является описание диссоциации отдельных явлений катарсиса и описанных им фаз. Так, органный фаза представляет собой множество отдельных диссоциированных явлений — двигательных, чувствительных, секреторных, вегетативных. В эмоциональной фазе к указанной симптоматике присоединяются переживания страха и скорби, отличающиеся диффузностью и неопределенностью. В этой фазе отсутствует сложное и чисто человеческое чувство стыда, даже тогда, когда психическая травма была связана с аффектом стыда. По Крестникову, это означает, что в данной фазе хотя и восстанавливается оптимальная возбудимость, а вместе с ней и подвижность нервных процессов в структурах, непосредственно сопряженных с эмоциями, но не затрагивается их корковое представительство. Лишь в следующей фазе репродукции (фазе представления) происходит

как бы связывание диссоциированных до сих пор проявлений органичной и эмоциональной фаз и больной переживает психическую травму как воспоминание или состояние, подобное сну. Теперь и эмоции приобретают точность, дифференцированность и полноту. Во время этой фазы все структуры, отражающие психическую травму, находятся в состоянии возбуждения, сила которого, однако, допускает сопряженность его с другими нейродинамическими процессами. Явление репродукции может быть объяснено принципом, обоснованным Н. Е. Введенским: крайне сильное возбуждение равнозначно торможению.

Диссоциация, описанная Крестниковым, наблюдается и в невротических симптомах, отражающих пережитую психическую травму. Лишь в фазе представления все диссоциированные проявления связываются, и перед психотерапевтом раскрывается точно, ясно и полностью травмирующая ситуация, которая всегда и с неизменной «фотографической» точностью отражалась в картине невроза.

Метод И. р. а. п. п. К. был развит в работах ряда болгарских психиатров и психотерапевтов: Чолакова (Чолаков К., 1933), Атанасова (Атанасов Ат., 1986) и др. Он нашел широкое применение в психотерапевтической практике и исследованиях явлений катарсиса.

См. также *Автологокатарсис Атанасова, Декапсуляция Чолакова, Катарсис, Катарсическая психотерапия.*

**ИСТОРИЯ ПСИХОТЕРАПИИ (КРАТКИЙ ОЧЕРК).** Психотерапия, как и любая другая отрасль медицины, имеет свою историю — как науки и практики врачевания.

Развитие науки, в том числе и психотерапии, не линейный, а сложный, многогранный процесс развития с возвратами к уже пройденным этапам. История науки прослеживает процесс накопления знаний, эволюцию идей, смену теорий и полученных результатов. Она пользуется различными «измерениями», рассматривая их в контексте времени. Имея в поле своего зрения весь спектр «измерений», история науки делает акцент на главном — на развитии содержательной стороны, которая представляет для нее доминирующий интерес.

При анализе истории психотерапии, при постоянном внимании к оценке ее достижений и неудач на каждом временном этапе открывается неисчерпаемый резервуар «материалов» для новых направлений, теорий, концепций.

В истории психотерапии можно выделить два больших (основных) периода. Первый, донаучный, охватывающий тысячелетия, и второй — всего два столетия, XIX-XX вв. — научный период психотерапии. История отечественной психотерапии включена составляющей частью в развитие мировой психотерапии. Описание истории психотерапии опирается на два основных критерия — внутреннюю логику развития самой науки и влияние внешних социально-экономических, культурных факторов (так называемый исторический фон) на развитие психотерапии как аспекта психиатрии, а в широком смысле и медицины, психологии, педагогики, социологии, философии.

Важной закономерностью развития психотерапии как науки, вышедшей из врачевания, опирающейся на философию, находящейся на стыке физиологии, психологии, педагогики и социологии, является ее направленность на выработку единой теории. Во многом этому способствовали *психоанализ, бихевиоризм, экзистенциализм* и др., однако и сегодня эта задача не решена.

В рамках данного издания нет необходимости в детальном рассмотрении донаучного периода психотерапии. Он пронизан магическими практиками, опирающимися на мифологию древних культур, теологическими толкованиями, мистериями, «тонким чувствованием» и тайными интуитивными знаниями адептов, верой в существование сверхъестественных сил. Именно эти мистические стремления нашли свое выражение в многоликих и причудливых обрядах — от невзыскательно-простых до весьма сложных, но всегда окруженных ореолом таинственности. При всем многообразии мистических подходов, будь то гулкие удары гонга в египетских храмах, неистовый ритм бубна шамана, хоровые пения и танцы африканских колдунов, запах и дым благовонных курений в индийских монастырях, бесконечный речитатив молитв, мерцание свечей и блеск церковного убранства, результаты этих приемов и средств очень похожи. За всей их таинственностью зачастую стояло *внушение и самовнушение*, развивающееся на фоне наведенного транса или гипнотического состояния. Столетиями мистика была властительницей в толковании подобных феноменов, да и душевных болезней в целом.

Теологическая медицина сменилась медициной метафизической, в которой время от времени возникали научно-реалистические подходы. Заболевания, в том числе и психические, начали рассматриваться как явления естественного порядка, и появились попытки соответствующего их лечения. Так, например, в сочинениях Сорана, жившего в Риме в царствование Адриана (II в. н. э.), описаны следующие терапевтические приемы: «Следует внимательно изучать содержание неправильных мыслей больного, в соответствии с чем пользоваться полезным действием тех или иных внешних впечатлений, занятых рассказов и новостей; в период выздоровления надо уметь уговорить больного пойти на прогулку, заняться гимнастикой, упражнять свой голос, заставляя читать вслух. Целесообразно при этом подбирать текст, содержащий ошибки, чтобы таким образом вновь пробудить критическую способность... В дальнейшем можно пользоваться и театральными представлениями, способными рассеять печаль, разогнать нелепые страхи».

Впоследствии, в средние века, научная мысль вообще и медицинская в частности вновь оказывается во власти мистики и схоластики. Особенно ярко это отмечалось в период раннего Ренессанса с его процессами психически и нервнобольных и казнями ведьм. Существовали детально разработанные пособия по диагностике ведовства и одержимости демонами (достаточно вспомнить «Молот ведьм», опубликованный в 1487 г. доминиканскими монахами Шпренгером и Иститориусом). По всей Европе на протяжении столетий пылали костры инквизиции, на которых сжигали заживо депрессивных больных с идеями самообвинения, лиц с истерическими расстройствами в сумеречном состоянии, параноиков с бредом преследования да и зачастую с индуцированным помешательством, охватывающим целые деревни (последняя «колдунья» погибла в 1782 г.!).

И лишь в XVIII в., во времена Великой французской революции, стимулировавшей коренные изменения всей структуры Средней Европы и одновременно с этим прогресс целого ряда наук, в том числе и медицины, был нанесен удар по вековым суевериям, сопряженным с психическими заболеваниями. Именно в этот период, в эпоху Пинеля (Pinel Ph., 1745-1826), закладываются истинно научные предпосылки дальнейшего развития психиатрии в целом и психотерапии. По разрешению Центрального бюро коммуны Пинель снимает цепи с душевнобольных в Бисетре в 1793 г., что явилось переломным моментом в психиатрии — к лицам с психическими расстройствами стали относиться как к обыкновенным больным, которые нуждаются в хорошем обращении и лечении. Пинель заложил основы лечебного режима пребывания и условий содержания душевнобольных, что в дальнейшем, через полтора столетия послужило основными предпосылками возникновения научно обоснованной *терапии средой, социотерапии, коллективной психотерапии*.

В это же время, в 1776 г., была предпринята первая, весьма наивная попытка научного объяснения лечебного влияния внушения в виде теории «животного магнетизма» *Месмера* (Mesmer F. A., 1734-1815). Попытки магнетизеров будоражили умы конца XVIII — начала XIX в. В 1841 г. на выступлении магнетизера Лафонтена с целью разоблачить мошенничество месмериста присутствовал английский врач Брэд (Breid J.). Увиденное им заставило Брэда повторно посетить эти сеансы и приступить к самостоятельным опытам. Посредством фиксации взгляда Брэд довольно быстро усыпил своего знакомого и тщательно описал происходящие изменения с испытуемым. (Будет несправедливым не отметить, что фиксация взгляда была впервые применена португальским аббатом Фариа, который описал ее как метод фасцинации еще в 1813 г. Состояние, вызываемое фасцинацией, он называл «люцидным сном».) Круг испытуемых у Брэда ширился, все более уточнялись детали и способы усыпления. Брэд считал, что вызываемое им состояние — это искусственный нервный сон, возникающий вследствие концентрации внимания и утомления зрения. Это состояние он определил специальным термином — *гипноз*, что, собственно, по-гречески и означает сон. Всю свою дальнейшую жизнь Брэд посвятил изучению гипноза. Свой опыт он обобщил в монографии «Неврогипнология» (1843), в которой детально и подробно описано многое из того, что в дальнейшем переоткрывалось вторично из-за незнания трудов Брэда. Брэд решительно опровергал флюидные представления о гипнозе и излагал нейрофизиологическую его теорию, согласно которой гипнотическое состояние возникает при зрительной фиксации. В последние годы жизни Брэд допускал развитие гипнотического состояния и при словесном внушении. Умер он в 1860 году. В этом же году во Франции вышло несколько книг, где в общих чертах был описан метод вызывания искусственного сна и его лечебного применения.

Продолжателем дела Брэда стал врач Льебо (Liebault A. A.) из Нанси (Франция), которому в 1860 г. попала книга с описанием нового метода лечения больных, разработанного Брэдом. Льебо, испытав несколько вариантов усыпления больных, предложил вызывать гипнотический сон, внушая пациенту представления о засыпании неторопливым тихим голосом. Гипнотический сон Льебо разделил на несколько степеней и тщательно описал характерные признаки каждой из них. Заслуга Льебо заключается в том, что он первым систематически использовал словесное внушение в терапевтических целях, уделяя основное внимание психологическим аспектам гипноза. В 1866 г. он подытожил свои наблюдения в книге «Сон и подобные ему состояния...», где отстаивал естественнонаучный взгляд на природу гипноза. Медицинское сообщество встретило этот труд глухим молчанием. И лишь в 1882 г. главный терапевт медицинского факультета в Нанси Дюмон решил использовать словесное внушение в гипнотическом состоянии для лечения больных в психиатрическом приюте Марвиль. Он приглашает к сотрудничеству Льебо, который охотно делится своим опытом. Вскоре эта работа привлекла внимание профессора терапевтической клиники Бернгейма (Bernheim H.). Он применяет гипноз в своей клинике и настолько широко вводит его в практику, что лечение словесным внушением используется на равных правах с другими лечебными методами. Бернгейм и до этого практиковал гипноз, опираясь на технику Шарко (Charcot J. M.), но случаи гипнотизации удавались редко, а используя технические приемы Льебо, Бернгейм вызывал гипнотическое состояние у 90% пациентов. Вокруг Льебо, Бернгейма, Дюмона и тогда еще молодого исследователя Бони формируется круг нансийских ученых, интересовавшихся проблемами внушения и гипноза, разделявших точку зрения Льебо и Бернгейма, что гипноз — это психологически нормальный феномен, вызываемый внушением. Круг исследователей возрос, появлялись новые факты, расширялась база теоретических оснований. Так возникла Нансийская школа гипноза, или школа Бернгейма.

Несколько раньше в Париже, в госпитале Сальпетриер знаменитый невропатолог того времени Шарко изучал явления гипнотизма в связи с проверкой теории и метода металлотерапии. Но особенно интенсивно Шарко начинает изучать гипноз и в клинических наблюдениях, и в специальных экспериментах после посещения выступлений магнетизера Донато. Шарко приходит к выводу, что гипноз является патологическим состоянием — искусственным истерическим неврозом. Слушать лекции известного Шарко с яркими показательными демонстрациями съезжались врачи со всех концов Европы. Вокруг Шарко сосредотачиваются многие видные ученые Парижа. Они вели свои исследования в том же русле, разделяя в общем предложенную Шарко точку зрения. Так возникла Сальпетриерская школа, или школа Шарко.

Между двумя научными школами шла ожесточенная многолетняя борьба, развернувшаяся на страницах медицинской печати и конгрессах. По характеру взглядов Сальпетриерская школа во главе с Шарко считалась физиологической, а Нансийская, возглавляемая Бернгеймом, — психологической. Сальпетриерская школа рассматривала гипнотическое состояние как экспериментально вызванное невротическое расстройство, или искусственный невроз, разнообразные проявления которого зависели от воли экспериментатора. Способы вызывания гипнотического состояния могли быть как физическими, так и психическими. Согласно взглядам Нансийской школы, гипноз — это особое психическое состояние или сон, вызванный непосредственно внушением. Состояние гипноза можно вызвать у совершенно здоровых людей, и это состояние ничего болезненного собой не представляет, а, напротив, благодаря повышению восприимчивости человека к внушениям во время гипнотического состояния последнее является важным и действенным методом лечения различных расстройств. В конечном итоге взгляды Нансийской школы были поддержаны большинством исследователей в области гипноза.

В России изучением гипноза занимались многие видные ученые своего времени. К 80-м гг. XIX в. относится усиленная научная разработка гипноза как лечебного метода, что оказало, в свою очередь, большое влияние на выяснение этиологической роли психогенных факторов в развитии неврозов. Гипноз стал началом всей научной психотерапии, во всем многообразии ее методов. В 1872 г. Тьюк (Tuke D. H.) впервые ввел в научный обиход термин психотерапия. Апогеем интереса к гипнозу стал Первый интернациональный конгресс «Гипнотизм экспериментальный и лечебный», проходивший в Париже в августе 1889 г. под почетным председательством Шарко. В конгрессе участвовали Льебо, Бернгейм, Дежерин (Dejerine J.), Жане (Janet P.), Форель (Forel A.), *Фрейд* (Freud S.), В. М. *Бехтерев* и

многие другие известные ученые, что подтверждало большой интерес и официальное признание этого вида психотерапии.

Школа Нанси начала проявлять меньше интереса к гипнозу, когда стала приписывать большее значение внушению, чем самому гипнозу. Фармацевт из Нанси Куэ (Сое Е.), посещавший лекции Бернгейма, ввел самовнушение, которое неожиданно получило большую известность. Куэ в 1910 г. открыл в Нанси собственную клинику, где лечил по своей методике. В разработку метода лечебного самовнушения внесли вклад И. Р. Тарханов, В.М. Бехтерев, А. Я. Боткин, разработав собственные оригинальные приемы. Скромная по содержанию формула самовнушения Куэ явилась отправной точкой для начала поиска более эффективных путей психотерапевтических влияний аутогенного плана и легла в основу таких методов, как *аутогенная тренировка*, *биологическая обратная связь*, *релаксация* и др.

С конца 90-х г. XIX в., как реакция на чрезмерную экспансию гипноза, стали разрабатываться принципиально иные методы психотерапевтических воздействий. Говоря о стыке веков, нельзя не вспомнить о том, что это было переходное время от постклассицизма к модерну в литературе и искусстве, математика окончательно уступает «пальму первенства» физике, стремительно развивается психология. Это переходное время в России получает поэтическое название «Серебряный век».

В Швейцарии увлеченно занимается психотерапией невропатолог Дюбуа (Dubois P.), он был знаком с работами Шарко и Льебо, посещал Бернгейма в Нанси, одно время был увлечен гипнозом, но по мере накопления наблюдений полностью отошел от гипноза и внушения, разработал метод *рациональной психотерапии*, противопоставил его гипнозу и описал в книге «Психоневрозы и их психическое лечение». Направление психотерапии, заложенное Дюбуа, несомненно явилось принципиально новым и не утратило своего значения и в настоящее время. Рациональная психотерапия в качестве одного из элементов входит практически во все виды психотерапии, без нее затруднительно начало любого ее вида. Взгляды Дюбуа критиковались, в первую очередь из-за избегания эмоциональной поддержки пациента. В 1910 г. французский невропатолог Дежерин, критикуя прямое внушение, с одной стороны, и рациональную психотерапию — с другой, предложил метод психотерапии посредством *убеждения*, основанный на безусловном эмоциональном доверии пациента к врачу. Оригинальный психотерапевтический метод — «арететерапия» был предложен в 1908 г. русским врачом-терапевтом А. И. Яроцким (см. *Арететерапия Яроцкого*), профессором медицинского факультета Юрьевского университета. Это психотерапевтическое воздействие опиралось на высшие проявления духовной жизни, а именно на нравственные стороны человеческой личности. Истинная причина заболевания, по убеждению А. И. Яроцкого, находится в глубоких пластах духовной жизни, с чем он и связывал роль предложенного им метода в сохранении и восстановлении здоровья человека.

Своеобразный метод психотерапии был предложен немецким врачом Марциновским (Marcinowski J.) в 1909 г. (см. *Психотерапия мирозерцанием по Марциновскому*), суть которого заключалась в формировании у пациентов целостного духовного мирозерцания, в результате чего пациент поднимается над своей страдающей, обремененной проблемами личностью и начинает видеть себя частицей человечества в целом и вообще всей Природы. Возвращая личность страдающего пациента в лоно общечеловеческих и духовных ценностей через *осознание* своей индивидуальности и самоценности собственного существования, достигается изменение болезненных представлений, снижение и исчезновение нервозности и тревожности. Психотерапия идеалами проходит в теплой и открытой атмосфере, располагающей пациента к доверительному общению с врачом.

Сравнивая методы психотерапии Дежерина и Марциновского с некоторыми современными подходами, можно увидеть нечто общее и с гуманистической школой, и с экзистенциальным направлением в психотерапии.

В 1895 г. Брейер (Breuer J.) и Фрейд публикуют совместную работу «Исследования по истерии», где описан психокатарсический метод лечения истерических расстройств. Для достижения лечебного эффекта находящемуся в гипнотическом сне пациенту предлагалось вспомнить о событиях, которые предположительно вызывали тот или иной симптом. Феномен избавления от симптома при воспоминаниях в состоянии гипнотического сна о психотравмирующей ситуации Брейер назвал «катарсисом» (см. *Психокатарсический метод Брейера*). Фрейд считал, что метод катарсического отреагирования Брейера дал ему ключ к пониманию истерии. В этом же году Фрейд отказывается от

использования гипноза и начинает развивать психотерапевтическую систему, основанную на выявлении особенностей переживаний и действий человека, обусловленных неосознаваемыми мотивами, — психоанализ. Фрейд тщательно занимался *самоанализом*, и многие его теоретические рассуждения основывались на собственных невротических расстройствах. Идеи Фрейда обрели популярность в среде студентов, практикующих врачей, художников и писателей, образованных людей того времени. Однако его теоретические представления о доминировании сексуального в жизни человека вызвали жесткую критику со стороны ученых мира. Фрейд стал первым теоретиком, указавшим на важность исследования детства для понимания природы психики человека. В период с 1900 по 1910 г. профессиональное положение Фрейда значительно упрочилось, частная практика процветала, пришло международное признание, ширились ряды последователей.

В 1911 г. из-за теоретических расхождений с Фрейдом Общество покидает один из любимых его учеников *Адлер* (Adler A.) — основатель *индивидуальной психологии*, идеи которого стали распространяться по всей Европе. Адлер утверждал, что цели и ожидания человека больше влияют на поведение, чем прошлый опыт, а основным побудительным мотивом является достижение превосходства и адаптация к среде. Он подчеркивал значительное влияние социума на каждого человека и большую важность социальных интересов — чувства общности, кооперации и альтруизма.

Адлер отвергал антагонизм сознательного и бессознательного в человеке. Одним из первых он привлек внимание к роли неправильного семейного воспитания — эмоционального отвержения и попустительства — в возникновении неврозов. В 1914 г. от Фрейда отошел и швейцарский психиатр *Юнг* (Jung C. G.), которого первый считал своим духовным сыном и наследником психоаналитической школы. Юнг разработал собственную *аналитическую психологию*, в которой интерпретировал либидо не как сексуальную энергию, а как жизненную энергию вообще, где секс присутствует как один из компонентов. Он ввел понятие коллективного бессознательного — как наиболее глубокого уровня психической деятельности, содержащего в себе архетипы (врожденный опыт прошлых поколений).

В 1914 г. мир всколыхнула Первая мировая война, в которую были вовлечены не только страны Европы, но и США. Наблюдая эту кровавую бойню, Фрейд развивает тезис, что агрессия является такой же побудительной силой, как и секс. Это стало еще одним поворотным пунктом в системе психоанализа и дополнило теорию Фрейда об общем психическом развитии человека. Психоанализ приобрел статус законченной и целостной теоретической системы, включавшей в себя теории общего психического и психосексуального развития человека, психологического происхождения неврозов и психоаналитической терапии. В дальнейшем последователи психоанализа разрабатывали собственные теории, опираясь на эти три прочные основы. Помимо индивидуальной психологии Адлера и аналитической психологии Юнга психоанализ Фрейда явился основой *активной аналитической терапии Штекеля* (Stekel. W.), *волевой теории Ранка* (Rank O.), *интерперсональной психотерапии Салливана* (Sullivan H. S.), *характерологического анализа Райха* (Reich W.), *интенсивной психотерапии Фромм-Райхманн* (Fromm-Reichmann F.), *Эго-анализа Кляйн* (Klein M.), *характерологического анализа Хорни* (Horney K.), *гуманистического психоанализа* (Fromm E.) и многих других. Период создания этих теорий охватывает десятилетия как до Второй мировой войны, так и после нее. В последние годы жизни Фрейд в своих работах все больше уделял внимание психоаналитическому толкованию развития общества. Психоанализ оказал влияние не только на психиатрию и психологию, но и на литературу и искусство, культурологию, антропологию и социологию. Не случайно Фрейда причисляют к выдающимся ученым XX в. После того как к власти в Германии пришли фашисты, официальная их позиция в отношении к психоанализу нашла свое отражение в публичном сожжении книг Фрейда в мае 1933 г. Многие евреи, ученики Фрейда, — психологи и психоаналитики, эмигрировали в другие страны, в основном в США, начиная уже с 1934 г. Фрейд оставался в Вене до 1938 г., а когда германские войска вошли в Австрию — выехал в Англию, где и умер в 1939 г. С тех пор мировым центром психоанализа стали США.

В России интерес к психоанализу опосредовался клинической проверкой гипотез Фрейда и имел как своих сторонников, так и противников (см. *Психоанализ в России*).

Внутренняя логика развития отечественной психотерапии соответствовала теоретическим исследованиям таких ведущих ученых с мировым именем, как академики В. М. *Бехтерев* и И. П. *Павлов* (лауреат Нобелевской премии 1904 г.), которые продолжали разработку учения о нервизме, основы

которого были заложены И. М. Сеченовым и плеядой выдающихся русских врачей XIX в. — С. Г. Зыбелиным, М. Я. Мудровым, И. Е. Дядьковским, Г. А. Захарьиным, В. А. Манассеиным, С. П. Боткиным. Экспериментальное изучение высшей нервной деятельности в лабораториях И. П. Павлова, выделение типов нервной деятельности (физиологический эквивалент темперамента), взаимосвязей между первой и второй сигнальными системами привело к теоретическому обоснованию экспериментальных неврозов, которое И. П. Павлов перенес в клинику нервных болезней. Таким образом был заложен методологический фундамент патофизиологической теории неврозов и их психотерапии. Это направление получило название — павловская психотерапия. Его представители использовали на практике экспериментальные данные о возникновении и угашении условных рефлексов, понятия о торможении, иррадиации, индукции, фазовых состояниях. Этими терминами описывался и сам психотерапевтический процесс. Павловская психотерапия привлекла внимание многих врачей и исследователей, которые в теории и на практике развивали и дополняли ее новыми данными. Б. Н. Бирман разработал в 1930-е гг. глубокую аналитически-диалектическую психотерапию, отводя ведущую роль исправлению извращенной целевой социо-рефлекторной установки невротической личности посредством социо-рефлексотерапии. К. И. Платонов в систематических экспериментальных исследованиях изучал гипноз и его использование в терапевтических целях, опираясь на физиологическое воздействие вербальных стимулов на кору головного мозга. Объяснение, убеждение и суггестивное влияние, воздействуя на динамику корковых процессов, изменяют в желаемом направлении сознание пациента, его эмоциональную сферу, эндокринно-вегетативные и другие физиологические процессы. Значительный вклад в развитие павловской школы в психотерапии внесли также П. И. Буль, М. С. Лебединский, И. Е. Вольперт, А. П. Слободяник, А. М. Свядош, В. Е. Рожнов и многие другие.

Большим авторитетом в психиатрических кругах Москвы пользовался известный психотерапевт С. И. Консторум (1890-1950). Он разработал оригинальный подход, названный им активирующей психотерапией, которая имела своей целью перестройку неадекватно переживающей и реагирующей психики не только и не столько путем словесного обращения к интеллекту и эмоциям больного, к его мироощущению и мировоззрению, сколько через изменение и корригирование его мироотношения. Активирующая психотерапия С. И. Консторума включала разъяснение роли целенаправленности и воли пациента к здоровью, обратимости имеющихся расстройств в сочетании с суггестивной психотерапией. Результаты научной и практической деятельности С. И. Консторума были опубликованы в книге «Опыт практической психотерапии» в 1959 г. уже после его смерти (см. *Биопсихотерапия по Консторуму*).

В 1930-1940-е гг. в Ленинграде была разработана патогенетическая психотерапия, теоретическую основу которой составила психология отношений В. Н. Мясищева (1893-1973). Ученик В. М. Бехтерева, А. Ф. Лазурского, М. Я. Басова, В. Н. Мясищев развил теоретические представления о взаимоотношениях личности и среды своих учителей и развил концепцию психологии личности как системы отношений индивида к окружающей действительности, в отличие от обычного понимания, рассматривающего личность как систему функций. На основании психологии отношений В. Н. Мясищев в 1939 г. сформулировал клинко-патогенетическую концепцию неврозов, согласно которой основным патогенным звеном в возникновении невротических расстройств выступают противоречия в тенденциях и возможностях личности с требованиями и возможностями, предоставляемыми средой и воспринимаемыми личностью как неразрешимые. Теоретические положения В. Н. Мясищева были развиты его соратниками, учениками и последователями Е. С. Авербухом, Е. К. Яковлевой, Т. Я. Хвиливицким, Р. А. Зачеписким, А. Я. Страумитом. Таковы были истоки Ленинградской (Санкт-Петербургской) личностно-ориентированной школы психотерапии (см. *Патогенетическая психотерапия Мясищева*).

Вернемся вновь к началу XX в. В 1913 г. в США журнал «Психологическое обозрение» публикует статью молодого профессора Университета Хопкинса Уотсона (Watson J. B.), в которой он критиковал структурную и функциональную психологию, доминировавшую в то время, и призывал рассматривать психологию как объективную экспериментальную область естественных наук, основной теоретической задачей которой должно быть прогнозирование поведения человека и управление поведением. С этого момента начинает свое развитие бихевиоризм как отдельное направление в психологии, антагонистичное психоаналитической системе и определившее теоретические основы

*поведенческой психотерапии*. Значительное влияние на формирование бихевиоризма оказали условно-рефлекторная теория И. П. Павлова и теория сочетательных рефлексов В. М. Бехтерева. И. П. Павлов продемонстрировал в своих экспериментах, что высшая нервная деятельность может описываться в терминах физиологии, на подопытных животных и без привлечения понятия сознания. Условные рефлексы И. П. Павлова предоставили науке базовый элемент поведения, посредством которого можно было изучать сложное и многогранное поведение человека в лабораторных условиях. Уотсон воспользовался этой идеей и сделал ее основой своей программы. И. П. Павлов с удовлетворением отмечал, что работы Уотсона и дальнейшее развитие бихевиоризма в США являются убедительным подтверждением его идей и методов. В. М. Бехтерев опубликовал свои представления о сочетательных рефлексах в семитомнике «Основы учения о функциях мозга» (1903-1907). Он полагал, что поведение высшего уровня можно объяснить как сочетание или накопление моторных рефлексов более низкого уровня. Процессам мышления присущ аналогичный характер — в том смысле, что они зависят от внутренних действий речевой мускулатуры — это положение и было развито позднее Уотсоном. «Основы учения о функциях мозга» были переведены на немецкий и французский языки в 1913 г., именно в это время книгу и прочитал Уотсон. Бихевиоризм Уотсона представлял собой попытку построить науку, свободную от менталистских понятий и субъективных методов, науку столь же объективную и здравомыслящую, как и физика. Это означало, что все сферы поведения должны были рассматриваться в объективных терминах «стимул— реакция». Уотсон разработал программу оздоровления общества — экспериментальную этику, основанную на принципах бихевиоризма. Несмотря на то, что эта программа так и не достигла поставленных целей, сам Уотсон получил широкое признание как основатель крупной научной школы.

К 1930 г. бихевиоризм представлял собой уже известную научную школу и в дальнейшем продолжил свое развитие в работах необихевиористов Толмена (Tolman E. C.), Халла (Hull C. L.) и Скиннера (Skinner B. F.), опиравшихся на принципы операционизма Бриджмена (Bridgmen P. U.). Толмен в 1932 г. описал собственную систему бихевиоризма, определяющую целенаправленность поведения, ввел важное для бихевиоризма понятие промежуточной переменной и латентного *научения*, чем оказал большое влияние на дальнейшее развитие теории научения. Халл дополнил теорию научения законом о первичном и вторичном *подкреплении*, ввел в науку гипотетико-дедуктивный метод, как он считал — единственно адекватный метод бихевиоризма. Самой влиятельной фигурой необихевиоризма на протяжении нескольких десятилетий являлся Скиннер (всеобщее признание его пришлось на послевоенные годы). Он выдвинул концепцию оперантного научения, согласно которой организм приобретает новые реакции благодаря тому, что сам подкрепляет их, и только после этого внешний стимул вызывает реакции. Речь человека Скиннер считал вербальным поведением, и, как любое поведение, она подлежит подкреплению, прогнозированию и управлению. Взгляды на природу процесса научения вышли за пределы лабораторий и воплотились в концепции программированного обучения. Начиная с 1950-х гг. методы оперантного обусловливания распространились на психотерапевтическую практику и воплотились в поведенческой психотерапии, главной целью которой стало формирование и укрепление способности к действиям, приобретение техник, позволяющих улучшить самоконтроль. Сам термин «поведенческая психотерапия» вошел в историю с 1953 г. 1950-1960-е гг. — период становления поведенческой психотерапии как самостоятельного направления. Работы Вольпе (Wolpe J.) и Лазаруса (Lazarus A. A.) в ЮАР, Шапиро (Shapiro D.) и Айзенка (Eysenck H. J.) в Англии, Азрина (Azrin N. H.) и Айллона (Ayllon T.) в США привели к растущей популярности поведенческой психотерапии в 1960-1970-е гг., когда она стала одним из ведущих направлений мировой психотерапии. Мощным толчком для дальнейшего развития бихевиоризма и поведенческой психотерапии явилась социальная когнитивная теория Бандуры (Bandura A.), определившая социально-бихевиористский подход в психологии. Социальное научение, согласно теории Бандуры, формируется через наблюдение. Одно лишь наблюдение за моделью позволяет формировать новые стереотипы поведения, ранее отсутствовавшие у животного или человека. В дальнейшем это привело к теоретическим обобщениям, получившим название концепции самозффективности.

Последующий отход от первоначальной парадигмы поведенческой психотерапии (стимул— реакция), рассматривающий когниции как промежуточные переменные, как структурирующие и регуляционные компоненты эмоциональных, мотивационных и моторных процессов, отражают теории



Эллиса (Ellis A.) и Бека (Beck A. T.). В *рационально-эмоциональной психотерапии* главной промежуточной переменной являются рациональные и иррациональные когниции. В *когнитивной психотерапии* определяющей переменной являются реалистичные и нереалистичные (связанные с ошибками в когнитивных выводах) когниции. И Эллис, и Бек признают связь когнитивных и поведенческих переменных при доминирующем значении первых. С их точки зрения, центром воздействия психотерапии должны быть промежуточные когнитивные переменные.

Попытка интеграции когнитивного и поведенческого подходов связана с именем Мейхенбаума (Meichenbaum D.). Его работы можно рассматривать как дальнейшее развитие идей А. Р. Лурия и Л. С. Выготского о внутренней речи. Разработанные им *методика самоинструктирования*, прививка против стресса представляют собой способы овладения внутренней речью в виде самовербализации.

Таково же направление работ Махони (Mahoney M. J.), рассматривающего когнитивные переменные и их модификации как главный объект и цель *когнитивно-поведенческой психотерапии*.

На рубеже 1960-х-70-х гг. XX в. в американской психологии возникает новое направление, получившее название гуманистической психологии. Это направление возникло как противовес дилемме бихевиоризм—психоанализ и открыло новый взгляд на природу психики человека. Основные принципы гуманистического направления заключаются в признании ведущей роли сознательного опыта и целостном характере природы человека с акцентом на свободе воли, спонтанности и творческой силе индивида. Основоположниками гуманистического направления считаются Маслоу (Maslow A. H., 1908-1970) и Роджерс (Rogers C. R., 1902-1987). Стремление личности к *самоактуализации*, по Маслоу, является высшей человеческой потребностью. Патология же — это ослабление человека, потеря или неосуществленность человеческих возможностей. В отличие от Маслоу, Роджерс пришел к концепции о стремлении человека к самоактуализации через осмысление опыта занятий с эмоционально неуравновешенными детьми в годы работы в консультационном кабинете «Общества по предотвращению насилия над людьми». Роджерс известен прежде всего своей *клиент-центрированной психотерапией*, которую он разработал в 1940-1950-х гг. Основу клиент-центрированной психотерапии составляет позитивная вера во врожденную тенденцию человека к развитию своих оптимальных способностей. Бурный рост интереса к гуманистической психотерапии приходится на 1960-1970-е гг., когда миллионы людей записывались в *группы встреч*, на сеансы развития способности чувствовать, на курсы раскрытия потенциала человека и т. д. Само гуманистическое направление, как третья сила в психотерапии, является наименее однородной и объединяет такие разнообразные методы, как *гештальт-терапия* (Перлс (Perls F. S.)), *экзистенциальный психоанализ* Сартра (Sartre J.-P.), *дадаизм* (Бинсвангер (Binswanger L.)), *логотерапия* (Франкл (Frankl V. E.)), *психоимажинативная терапия* Шорра (Shorr J.), *эмпирическая психотерапия* Витакера (Whitaker C. A.), *первичная терапия* Янова (Janov A.), *биоэнергетический анализ* Лоуэна (Lowen A.), *структурная интеграция* Рольф (Rolf I.), *трансцендентальная медитация*, *дзэн-психотерапия*, *психоделическая психотерапия* и ряд других методов.

После Второй мировой войны 1941-1945 гг. наша страна пережила вторую волну государственно-идеологического давления. Не обошел он науку и медицину.

Объединенная павловская сессия Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР 1950 г., а вслед за ней в 1951 г. научная дискуссия на объединенном заседании расширенного президиума Академии медицинских наук СССР и пленума правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров, вскрыв «идеологические извращения и ошибки», привела к снижению роли психологии и прикладных ее отраслей, подмене ее физиологическим учением о высшей нервной деятельности И. П. Павлова, умершего еще в 1936 г. На самом высоком уровне проводились инструктивные «совещания» с целью перестройки психологии, перевода ее на малопродуктивную для этой науки физиологическую почву. И только после общеизвестных событий 1953 г., во время «хрущевской оттепели» началось возрождение научной психологии и психотерапии в нашей стране. В частности, начал издаваться журнал «Вопросы психологии», где ведущие психологи страны выступили с программными статьями. В 1956 г. В. Н. Мясищев опубликовал в этом журнале работу «О значении психологии для медицины». Можно сказать, что физиологический редукционизм относительно психологии в медицине был преодолен лишь после Совещания по методам исследования в патофизиологии высшей нервной деятельности человека и медицинской психологии в 1962 г.

Сложились более благоприятные условия для развития медицинской психологии и психотерапии. При Академии медицинских наук СССР в 1962 году была создана проблемная комиссия «Медицинская психология», которую возглавил В. Н. Мясищев. Тогда же стали появляться монографические работы крупных отечественных психологов. Возникли условия для дальнейшего развития личностно-ориентированной школы психотерапии. Вокруг В. Н. Мясищева сплотился круг перспективных ученых, которые развили концепцию патогенетической психотерапии своего учителя, — Е. К. Яковлева, Б. Д. Карвасарский, В. А. Мурзенко, В. К. Мягер, С. С. Либих, В. А. Ташлыков, Г. Л. Исурина, Ю. Я. Тупицын и др. Разрыв в уровне развития отечественной и зарубежной психотерапии стал сокращаться в конце 1960-х начале 1970-х гг., особенно после введения в университетах специализации по медицинской психологии. Большое влияние на дальнейшее развитие психотерапии в нашей стране оказало активное межинститутское научное сотрудничество с польскими, чешскими и немецкими психотерапевтами. Начало тесным контактам с психотерапевтами стран Восточной Европы было положено рабочей группой по психотерапии, созданной на Первом международном симпозиуме социалистических стран по психотерапии, который состоялся в Праге в 1959 г.

В медицинских институтах для усовершенствования врачей в Харькове, Москве и Ленинграде были открыты кафедры психотерапии. В создании отечественной психотерапии в ее современном виде важную роль сыграл Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева и кафедра психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования. В этих учреждениях на базе патогенетической психотерапии Мясищева была разработана личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, являющаяся пока единственной отечественной системой динамической психотерапии. Московскими учеными (Рожнов В. Е., Бурно М. Е. и др.) была создана эмоционально-стрессовая психотерапия. Ученые Харькова (Вельвовский И. З., Телешевская М. Е., Липгарт Н. К., Филатов А. Т.), развивая наследие К. И. Платонова, внесли значительный вклад в *гипнотерапию*, аутогенную тренировку и другие методы *суггестивной психотерапии*.

В последнее десятилетие интерес к психотерапии в нашей стране резко возрос, открылись возможности изучения всего спектра ее теорий и методов, повысилось качество подготовки специалистов, совершенствуются организационные модели психотерапевтической службы. В медицинских институтах начато преподавание основ психотерапии для ориентировки начинающих врачей в этой сложной и многогранной области медицинских знаний.

## Й

**ЙОГА.** Специальный санскритский термин для обозначения психотехники, ориентированной сугубо на глубинные трансперсональные состояния сознания. Буквальный перевод обозначает «связь, соединение», понимаемое шире как «связывание воедино, сопряжение чувств, мыслей и психических факторов вообще и их сосредоточение на единственном объекте созерцания» (Торчинов Е. А., 1997). Ошибочная аналогия этимологических пар «йога—связь» и «религия—связь» приводит к ложной интерпретации термина, сводящейся к соединению человеческой природы с Космосом, Богом или Абсолютом.

Исторически развитие Й. связано с индуизмом и буддизмом, в целом с индийской культурой. В письменных источниках термин Й. употребляется в двух основных и одном второстепенном значениях. Согласно исследователю йогической психотехники Е. А. Торчинову, прежде всего она «тщательно разработанный и выверенный традицией набор средств и приемов для достижения определенных трансперсональных состояний сознания, оцениваемых традицией как состояния реализации религиозной прагматики учения — "освобождение"». В этом смысле Й. характерна для всех религий традиционной Индии, почему можно говорить об индуистской Й., буддийской Й., джайнской Й. и др. В более узком значении Й. обозначает одну из даршан (религиозно-философских систем) брахманской философии, созданной мудрецом Патанджали (II в. до н. э.). Третье, второстепенное значение слова Й. означает колдовство, волшебство, магию и магические силы.

Й. как психотехника является определяющей в архитектонике индийского структурного

полиморфизма, хотя неоднозначно оценивается в различных школах и направлениях. Так, буддийский подход основан на психотехническом опыте основателя этого религиозно-философского направления и поощряет практику Й. ради освобождения — нирваны. В то же время в индуизме не всякий психотехнический (йогический) опыт считается ценным и положительным.

В европейский лексикон Й. вошла как способ достижения особых состояний психики с помощью приемов, управляющих эмоционально-вегетативной сферой. Синкретизм восьмеричной Й. Патанджали (часто называемой раджа-Й., царственной Й.) и буддизма является базовой основой осмысления и практики в европейской науке и культуре. Классическая Й. и ее модификации классифицируются по методам на три группы:

1. Ориентированные на созерцание, познание (джняна-Й., отчасти Й. буддизма Махаяны).

2. Использующие эмоциональное возбуждение (индийское бхакти).

3. Применяющие психофизическую регуляцию с включением в психотехнический процесс соматический фактор (тантрическая Й. в буддизме и индуизме, «внутренняя алхимия» в даосизме). В психотерапию Й. вошла в форме, адаптированной к задачам регуляции психосоматических связей, не учитывая глубинных религиозно-культурных корней комплексности и последовательности ее этапов. В частности, медицинский подход недостаточно внимательно относится к нравственно-этической подготовке личности перед психофизиологическими упражнениями. Опытные учителя (гуру) предупреждают, что без этической подготовки заниматься Й. опасно (Sivanada Swami, 1960).

Классическая Й. включает в себя восемь ступеней:

*Этические*

1) яма;

2) нияма;

*Физиологические*

3) асана;

4) пранаяма;

*Психологические*

5) пратьяхара;

6) дхарана;

7) дхьяна;

8) самадхи.

Яма — это этические правила поведения, выполнение которых способствует «психическому очищению». Принципы ямы включают воздержание от проявления зла по отношению ко всему живому, милосердие, правдивость, доверительность, неподкупность, нестяжательство, контроль над чувствами и желаниями, половое воздержание, ограничение питания и др. Следование этим принципам является необходимым условием *медитации*. Считается, что по мере ужесточения воздержания увеличивается способность к психической саморегуляции.

Нияма — свод приемов, предназначенных для «внешнего очищения», нормализации деятельности внутренних органов. Это достигается с помощью очистительных процедур, умеренного питания. Развивая принцип воздержания, нияма рекомендует избегать излишних разговоров, производить только целесообразные движения, говорить мало, медленно и мягко, посредством чего устанавливается контроль над мыслями, ибо речь есть «рассеивание ума».

Следующие две ступени — асана и пранаяма — составляют так называемую хатха-Й., целью которой является совершенствование тела, освобождение его от склонности к усталости и замедление процесса разрушения и старения. Согласно учению йогов, в организме человека постоянно циркулирует по меридианам-каналам энергия — Прана, формой проявления которой является взаимодействие двух противоположностей — ха (Индия) или ян (Китай) (положительная сила, энергия Солнца) и тха (Индия) или инь (Китай) (отрицательная сила, энергия Луны). Задача хатха-Й. состоит в гармонизации этих двух начал.

Асаны — это специальные позы, пребывание в которых, согласно Патанджали, приводит к прекращению борьбы между ян и инь. С. А. Гуревич (1985) отмечает тройное воздействие асан на человека: физическое, психическое и, наконец, терапевтическое влияние на деятельность внутренних органов и желез внутренней секреции. Одна из целей асан — противостоять дискинетической

активности гладкой мускулатуры, возникающей при стрессах. Приобретая способность неподвижно пребывать в одной из этих поз, человек улучшает свои возможности концентрации сознания.

Пранаяма — управление жизненной энергией (*биоэнергетикой*) посредством *контроля дыхания*. Связь между дыханием и психическим состоянием человека была замечена йогами в глубокой древности: при психическом напряжении отмечается задержка дыхания, облегчение сопровождается более или менее глубоким выдохом («вздох облегчения»). Правильное дыхание способствует ясности ума. Рамачарака (1915) считает ошибочным сведение пранаямы к контролю дыхания. Он пишет, что управление дыханием в различных дыхательных упражнениях служит для замедления метаболизма и высвобождения некоторого количества жизненной энергии, обычно расходуемой на нужды тела. Однако это лишь опосредованный способ управления жизненной энергией. Цель же состоит в полном овладении ею, и эта цель достигается посредством различных йогических практик. Зрелые йоги демонстрируют свое умение останавливать сердце, не дышать по желанию, в прошлом некоторые йоги давали закапывать себя в землю на несколько дней.

Пратьяхара — это самоуглубление, отвлечение от чувств. Жизненная энергия отводится от органов чувств, и медитирующий йог, судя по записи биотоков его мозга, больше не реагирует на бесконечный поток стимулов из внешнего мира. Патанджали определяет самоуглубление как возвращение чувств к первоначальной чистоте путем отвлечения от объектов. Вивекананда (1911) выделяет два этапа в освоении пратьяхары. Первый связан с «выключением чувств», для чего рекомендуется позволить мыслям блуждать, пассивно наблюдая за тем, о чем думается, не стараясь остановить мысль. По существу, на этом этапе пратьяхара аналогична методу *свободных ассоциаций*. На втором этапе задачей является освобождение мыслей о теле, ощущение полного «растворения» тела: практикующийся представляет, как каждая часть тела от ног к голове «уходит в бесконечность».

Дхарана — концентрация (фиксирование внимания) на определенном объекте. Это упражнения в планомерной сосредоточенности, которые существенно не отличаются от приемов пратьяхары. Дхарана — это пратьяхара на объект (например, кончик носа), вчувствование в объект.

Дхьяна — медитация. Это концентрация на отвлеченных идеях (любовь, чистота, уверенность и т. п.). Всякие предметные (образные) формы созерцания исключаются. Сосредоточение направляется на идею, смысл, не связанный с какой-либо конкретной формой. Такое состояние, как правило, сопровождается экстазом и называется самадхи.

Самадхи — озарение, состояние сознания, или постижения, Истины. Это состояние не поддается описанию, поскольку в поле сознания нет ничего, к чему могли бы относиться слова. В данном случае можно говорить о высвобождении реликтовых форм дологического мышления, которое непосредственно связано с континуальным (глубинным) потоком сознания. Этот вид сознания присутствует в нас, но остается скрытым логико-структурированным мышлением. Таким образом, просветление наступает тогда, когда человек освобождается от привязанности к слову и знаку. Надо реализовать то состояние сознания, которое максимально благоприятствует непосредственному переживанию психологического опыта (вне словесной передачи). Необходимо «опустошить сознание» до полного отсутствия мыслей или образов для управления континуальным потоком сознания — такого сознания, которое открывается после снятия *вербализации*. Этим методом и является медитация (Абаев Н. В., 1989). В самадхи человек полностью владеет своими физическими и психическими способностями. Достигший самадхи может произвольно регулировать жизненные процессы, обмен веществ, понижать и повышать температуру, давление.

Й. является источником многих психотерапевтических приемов психической саморегуляции. *Аутогенная тренировка* Шульца (Schultz J. H., 1987) в значительной степени основывается на практике йогов. Черты сходства и различия аутогенной тренировки и системы йогических упражнений Шульц подробно разбирает в своей работе «Высшая ступень аутогенной тренировки и раджа-йога» (1932). Поза лежа в аутогенной тренировке соответствует шавасане, поза кучера — садхасане (поза созерцания). В последней позе подбородок приближается к груди, открывается рот, расслабляется мимическая мускулатура, язык слегка прижимается к нёбу, взгляд направлен немного выше переносицы с одновременной конвергенцией глазных яблок. Это внутренне-верхнее положение глазных яблок является составным элементом *гипноза*. Деление аутогенной тренировки на первую и вторую ступени соответствует преемственности между хатха-Й. (Й. тела) и раджа-Й. (психологической Й., включающей

последние четыре ступени классической Й.). В Индии физические упражнения хатха-Й. входят в комплексы гигиенической гимнастики и используются миллионами людей. Раджа-Й. распространена главным образом в специальных учебных заведениях. Сложность и громоздкость системы Й. делают ее практически неприемлемой для массового применения. *Трансцендентальная медитация*, предложенная Махариши Махешем Йогой, получившая широкое распространение в современном мире, устраняет отмеченный недостаток. Медитация применяется в *дзэн-психотерапии*, а также в психотерапевтических техниках *морита-терапии* и *найкан-терапии*. Из других методов психической саморегуляции, основанных на системе Й., широко используется пранаяма, или контроль дыхания, а также шавасана — поза полного расслабления (поза трупа).

Шавасана представляет значительный интерес для психотерапии, поскольку считается, что расслабление в этой позе (асане) приблизительно в 5 раз глубже, чем в аутогенной тренировке. Упражнение имеет много модификаций. Ниже приводятся два варианта шавасаны — простой и энергетический (Гуревич С. А., 1985). При шавасане человек лежит в свободной одежде на спине с ногами, раздвинутыми приблизительно на 30°, и руками, отведенными от туловища на 15°, с повернутыми предплечьями и полусогнутыми пальцами. Глаза закрыты. В этом положении осваивается медленное ритмическое диафрагмальное дыхание с короткой паузой после каждого вдоха и более продолжительной — в конце выдоха. Внимание концентрируется на ощущениях в ноздрях (прохладе вдыхаемого и теплоте выдыхаемого воздуха), что способствует концентрации и, следовательно, большей мышечной *релаксации*, которая достигается путем последовательного расслабления мышц до ощущения тяжести. Длительность выполнения — приблизительно 30 минут. В процессе упражнения врач проверяет степень релаксации, поднимая и опуская конечности. Ежедневные занятия шавасаной в течение трех недель приводят к субъективному и объективному улучшению самочувствия пациентов, к снижению артериального давления, уменьшению частоты сердцебиений, нормализации сна, успокоению.

В практике психотерапии целесообразнее использовать иной, более сложный, но одновременно более эффективный вариант упражнения — «энергетический». Его усвоение происходит в три этапа: расслабление с помощью *самовнушения*, мыслительная работа с активными областями организма, расслабление с использованием «образа энергии». Первая часть упражнения близка к аутогенной тренировке: медленно, монотонно проговариваются формулы самовнушения, позволяющие добиться мышечного расслабления. Формулы рекомендуется формировать в триаде — законченные блоки из трех предложений, первое из которых предназначено для переключения внимания, второе представляет собой динамическое самовнушение, третье вызывает статическое состояние. Концентрации помогает представление потока внимания — «луча фонарика-прожектора», который «освещает» ту область тела, с которой ведется работа. Проговаривая, например, «Мое внимание на лице», человек представляет, будто луч фонарика освещает его лицо. В отличие от классической аутогенной тренировки, расслабление проводится снизу вверх, от ног к голове. Упражнение начинается и завершается формулой успокоения: «Я (мысленно представляется все тело) успокаиваюсь. Я спокоен». Затем следуют формулы релаксации, охватывающие по мере усвоения все большие группы мышц. Каждая формула произносится лежа в шавасане мысленно, с полным сосредоточением на нужном участке тела, повторяется 3-4 раза с 3-4-секундным промежутком. По мере усвоения упражнения из триады самовнушения удаляется динамическая часть («такая-то часть тела расслабляется»), и формула звучит так: «Мое внимание на... Такая-то часть расслаблена». Полное выполнение первого этапа шавасаны занимает 30-40 минут.

Согласно концепциям восточной медицины, в человеческом теле существуют области, которые являются «выключателями»: если на них сконцентрировать внимание, то расслабляются определенные группы поперечно-полосатой и гладкой мускулатуры. Работа с активными областями — более высокая ступень шавасаны. Здесь не нужно произносить фразы самовнушения, достаточно лишь направить на данную активную область внимание и потом представить, что эта зона становится мягче, «тает», «растворяется». Выделяют 16 основных зон и одну дополнительную: пальцы ног, лодыжки, колени, область половых органов, область ануса, кисти рук, область пупка, локти (дополнительная), область желудка, область сердца, плечи, горло, губы, кончик носа, точка между бровей, середина большого родничка головы, макушка черепа. На расслабление каждой активной зоны по мере усвоения упражнения должно уходить все меньше времени: в среднем оно составляет 15-20 секунд. После

усвоения этого этапа можно перейти к третьей ступени шавасаны — энергетическому расслаблению. Методика выполнения третьей части: находясь в шавасане, мысленно представляем, что энергия медленно поднимается от ног к голове и через точку между бровей («третий глаз») «выливается» наружу. Образ энергии рисуется по-разному: в виде тепла или холода, «мурашек» и т. п. Иногда в процессе упражнения возникает мелкое подергивание мышц, что считается явлением положительным: «энергия промывает тело». Длительность этого этапа расслабления в шавасане — около 3-4 минут. В процессе выполнения расслабления возникает гипноидное состояние. Поэтому выход из шавасаны должен быть плавным: подтягивается носок правой ноги, далее подтягиваются оба носка, пятки при этом выдвигаются вперед. В дальнейшем руки сжимаются в замок и, медленно поднимаясь вверх, выворачиваются. Все тело тянется вслед за руками, и человек садится.

Шавасана дает значительный эффект при многих психосоматических заболеваниях и неврозах, особенно осложненных гипертоническим синдромом и диссомнией, быстро снимает психическое напряжение, тревожность, усталость, компенсирует недостаток сна. Абсолютных противопоказаний шавасана не имеет, но ею не следует заниматься более 45 минут из-за возникающей гипотонии.

Последовательное рассмотрение всех ступеней Й. выявляет тесную связь этого учения с психотерапией. Положительная оценка психотерапевтических аспектов Й. обусловлена в настоящее время четким разграничением религиозно-мистического обрамления концепций народной медицины Востока и их практических приемов. В последние годы появилось много психотерапевтических исследований, посвященных этой проблеме, с тем чтобы, критически осмыслив Й., поставить ее наследие на службу практическим потребностям психотерапии.

## К

**КАБИНЕТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАЗГРУЗКИ.** Так называется усовершенствованный вариант комнаты отдыха, в которой созданы оптимальные условия для быстрого и эффективного снятия эмоционального перенапряжения, восстановления работоспособности, проведения психотерапевтических и психогигиенических мероприятий.

В К. п. р. (Воробейчик Я. Н., Поклитар Е. А., 1989) применяется комплексный метод оптимизации психических процессов, условно названный психологической разгрузкой, который включает физиологические и психологические средства восстановления работоспособности и предупреждения переутомления эмоционального происхождения. Площадь К. п. р. определяется из расчета не менее 2 кв. м на человека. В комнате не должны ощущаться шум, вибрация и другие неблагоприятные факторы производственной среды, она должна быть обеспечена приточно-вытяжной вентиляцией. Оптимальная температура в помещении — +20-22°C. Комната оборудуется мягкими креслами с подлокотниками, в которых можно принять полулежачее положение (кресла желательно накрыть полиэтиленовой пленкой и обеспечить подставками для ног), магнитофоном (с набором кассет), гидроаэроионизатором, а при возможности — кондиционером. В цвето-световом решении интерьера должны преобладать голубой и зеленый цвета, успокаивающие нервную систему. Желательно, чтобы создавалось впечатление пребывания на лоне природы. Пол покрывается линолеумом на мягкой основе, гармонирующим по цвету с окраской стен. Цветовая композиция дополняется цветным освещением, трижды изменяющимся в течение сеанса. Для создания более полной иллюзии пребывания на лоне природы используются пейзажи, рождающие положительные эмоции. Это могут быть диапозитивы с изображением леса, моря, озера и др., проецируемые на экран с помощью диапроекторов. Для оформления К. п. р. можно использовать также декоративные элементы — валуны, гальку, коряги, вьющиеся растения и др.

Основная задача К. п. р. — восстановление работоспособности в стадии развивающегося утомления. Время пребывания в К. п. р. условно разделяется на 3 периода: отвлекающий (1,5-2 минуты), успокаивающий (7-10 минут), тонизирующий (2-3 минуты). В соответствии с задачами этих периодов трижды меняется музыка (по содержанию, громкости и темпу), цвет, уровень освещенности, поза, ритм дыхания и словесные формулировки *аутогенной тренировки*. Во время первого периода звучит запись пения птиц и популярные мелодии с мягким мелодико-ритмическим рисунком (громкость до 15-20 дБ).

Посетители К. п. р. располагаются в креслах в свободной позе с приподнятыми ногами, рассматривают проецируемые на экран изображения ландшафтов, вызывающие положительные эмоции. На втором этапе для достижения состояния эмоционального равновесия включают зеленые лампы. Посетители принимают полусидячее положение, способствующее расслаблению мышц, переходя на успокаивающий ритм дыхания (короткий вдох и удлиненный выдох). Звучит негромкая мелодичная музыка (до 10 дБ), а в паузах — записанные на магнитофонную ленту психотерапевтические формулы, построенные с учетом характера труда, задач данного периода и требований аутогенной тренировки. Третий период проходит при оранжевом (красном) освещении, его музыкальная программа состоит из бодрых, мажорных произведений (марши, спортивные и молодежные песни, энергичная и веселая танцевальная музыка). Занимающиеся в К. п. р. постепенно переходят к позе стоя, делают несколько мобилизующих дыхательных движений (глубокий вдох и короткий выдох). Словесные формулы этого периода направлены на повышение общего тонуса, активизацию психических процессов. В заключение включают все лампы дневного света, и в сопровождении марша, веселой песни выполняется комплекс физических упражнений с учетом особенностей вида труда и возраста людей. Лицам, занимающимся тяжелой физической работой, полезен самомассаж. В соответствии с тремя указанными периодами желательно изменять с помощью подсветки виды, изображенные на крупных слайдах или проецируемые на экран. Например, вначале посетители видят изображение леса при заходящем солнце, на втором этапе — в предвечерние часы, на третьем — на рассвете, во время восхода солнца, когда просыпается природа, воздух насыщен озоном, ощущается приятный запах хвойных деревьев.

При ограниченных возможностях К. п. р. в первую очередь туда направляют лиц, работающих в условиях повышенной нагрузки на нервную систему, сочетающих работу с учебой, а также тех, кто жалуется на переутомление или находится в кризисной ситуации (тяжелая болезнь или смерть близкого человека, чрезмерно напряженная семейная обстановка, частые служебные конфликты и др.). В К. п. р. восстанавливается работоспособность лиц, находящихся в стрессовом состоянии, или тех, чья повседневная деятельность протекает в условиях эмоциональной напряженности. Эмоциональный дистресс не только приводит к снижению трудоспособности и ухудшению деятельности организма, но и является одной из частых причин нарушения техники безопасности. Пребывание в К. п. р. способствует также предупреждению эмоционально-аффективного перенапряжения и его отрицательных последствий у лиц, страдающих заболеваниями, вызванными психическим фактором (неврозы, психосоматические расстройства). В К. п. р. можно осуществлять и другие психогигиенические мероприятия. К ним относятся:

- 1) массовое обучение работников различных предприятий приемам психотерапевтической доврачебной самопомощи и, в частности, аутогенной тренировке;
- 2) активная *психопрофилактика* рецидивов алкоголизма;
- 3) эмоционально-волевая тренировка спортсменов (по А. Т. Филатову);
- 4) дополнительные сеансы психологической разгрузки для работников пенсионного и предпенсионного возраста с целью продления трудоспособности;
- 5) лечебно-профилактическая помощь людям, желающим избавиться от хронического никотинизма;
- 6) психогигиенические беседы, включающие демонстрацию слайдов и прослушивание фрагментов литературно-музыкальных произведений, посвященные различным аспектам здорового образа жизни.

В последние годы на предприятиях организуются кабинеты эмоционально-волевой тренировки и социального тренинга, психологической гимнастики и др. Благодаря тому что в их штатном расписании предусмотрены должности врача-психотерапевта или психолога, на их базе решается широкий круг задач, в том числе психотерапевтического и социально-психологического характера. Кабинеты психогигиенического профиля целесообразно открывать и в медицинских учреждениях, где труд медработников связан с повышенными эмоциональными нагрузками и необходимо быстро восстанавливать работоспособность (в отделениях хирургии, реанимации, анестезиологии, на станциях «скорой помощи»). В заводских профилакториях и домах отдыха, где не предусмотрена должность врача-психотерапевта, обслуживать К. п. р. может фельдшер, прошедший специальную подготовку по *психогигиене*, *психопрофилактике* и *психотерапии*.

**КАБИНЕТ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.** Подразделение служб кризисной помощи, предложен А. Г. Амбрумовой в 1974 г.

Первый К. с.-п. п. был открыт в Москве в 1975 г., в дальнейшем они создавались на базе общесоматических поликлиник и здравпунктов вузов. Основная задача К. с.-п. п. — первичная и вторичная профилактика суицида у лиц, находящихся в состоянии кризиса.

Основные принципы работы К. с.-п. п.:

1. Системность — связь с отделами внутренних дел, администрацией предприятий и учебных заведений, муниципальными органами; преемственность в обслуживании пациентов К. с.-п. п. и станций (отделений) «скорой помощи», психиатрических стационаров, суицидологических кабинетов психоневрологических диспансеров, *психотерапевтических центров*, а также других подразделений суицидологической службы — кризисного стационара и *телефонного консультирования*.

2. Комплексность — совместная работа врачей-психотерапевтов, врачей-психиатров, психологов, социологов и юристов. Центральная фигура — врач-суицидолог (врач — психиатр, психотерапевт, прошедший специальную подготовку по *кризисной психотерапии*), занимающийся диагностикой суицидального риска и антисуицидальных факторов, психотерапией и психогигиенической работой с лицами, окружающими пациента, и группами риска. Медицинский психолог занимается диагностикой, позволяющей уточнять индивидуальные психотерапевтические программы, и участвует в их реализации, специалист по социальной работе — вопросами индивидуальной культурной и социальной (региональной) эпидемиологической диагностики и адаптации, ведет разработку превентивных антисуицидальных программ. Юрист обеспечивает консультации и правовую защиту пациентов. Медицинская сестра выполняет функции социального работника и патронажной сестры.

3. Превентивность — раннее выявление суицидального риска и профилактика суицидального поведения, активная психогигиеническая работа.

4. Анонимность — право пациента на анонимное обращение.

Ведущие психотерапевтические методы: индивидуальная кризисная психотерапия, индивидуальное *психологическое консультирование*, семейная и групповая кризисная психотерапия.

В настоящее время К. с.-п. п. являются составной частью территориальных кризисных служб. При наличии на территории обслуживания психотерапевтического центра функции К. с.-п. п. могут выполнять кабинеты кризисной психотерапии, входящие в состав этих центров.

**КАТАРСИС.** Психотерапевтический смысл понятия К. заключается в эмоциональном потрясении, испытываемом человеком под воздействием вторичного переживания личных патогенных и (или) стрессогенных аффектов, послуживших источником психической травмы, и в последующем адекватном отреагировании, т. е. освобождении от болезнетворных симптомов. К. является как целенаправленным процессом организованного лечебного воздействия, так и достигнутым состоянием очищения страдающего субъекта. Латинским синонимом К. является абреакция.

Понятие К. (очищение) в описание переживаемых человеком состояний ввел Аристотель (384-322 гг. до н. э.), характеризуя воздействие трагедии на зрителя, совершающее посредством сострадания и страха внутреннее очищение. Древнегреческая трагедия имеет мифо-теологическое основание, таким образом, переживание сакрального действия, сопричастность к которому обусловлена личностной значимостью происходящего, вызывает отреагирование. Античный театр следует ритуальным акциям мистерий, которые, как позже литургическая практика христианства, способствуют переживаниям катарсического типа. Визуальное восприятие и вербальное выражение (и самовыражение) — деятельные механизмы К.

Архитектура религиозной жизни во все времена строилась с учетом организации возможности транквилизировать общинную и (или) персональную ситуацию; этому служили и древние инициации, и христианские таинства, прежде всего исповедь.

К. — исповедальный подход к лечению душевных травм, использующий абреакцию эмоций, с ними связанных. «Благодаря Брейеру (Breuer J.) и особенно *Фрейд*у (Freud S.) эта разновидность психоаналитической терапии была развита до уровня специального метода. ...Мы позволяем больному выговориться, помогаем ему выбрать соответствующее направление в тех случаях, когда, как кажется, он умалчивает о чем-то существенном, демонстрируем полное понимание того, что он говорит, и



убеждаем его в собственной моральной толерантности. Такие "исповеди" часто приносят облегчение» (Jaspers K., 1997). По Юнгу (Jung C. G.), речь идет не об интеллектуальной констатации травмирующих переживаний, необходимым является «подтверждение такого признания сердцем» (Юнг, 1988). В психотерапевтических методах различных школ использован светский вариант института религиозной исповеди. Аналогами являются также душевные утешительные беседы, т. е. простой непринужденный разговор с доброжелательным человеком о своих проблемах и тревогах, но чем слабее связь с традиционным регламентом межличностного общения (ученика с наставником, младшего со старшим и пр.), тем более поверхностен эффект очищения.

Иное объяснение механизмов К. предлагается Атанасовым с позиций учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности. К. — это физиологический (соответственно патофизиологический) процесс снижения и нормализации возбуждения в патодинамической структуре инертного сверхвозбуждения, возникающего под действием психотравмы. Он может быть предметом исследования как нормальной, так и патологической физиологии. В первом случае это касается незначительных психотравм, почти ежедневно переживаемых, но не вызывающих невроза. Сверхвозбуждение функциональной структуры быстро выравнивается и исчезает. Этот ежедневный К. — явление осознанное и хорошо известное. Сверхсильный для определенных индивидов раздражитель может стать поводом для возникновения патодинамических очагов с высоким инертным возбуждением, которые сохраняются длительное время и являются предметом патофизиологии. Не все в процессе снижения возбуждения может быть осознанно, к тому же не все осознанное адекватно (Атанасов Ат., 1969).

При тяжелых психических травмах у людей, предрасположенных к невротическим расстройствам, спонтанный К. не наступает, и именно поэтому требуется *психотерапевтическое вмешательство*. Как лечебная техника или, точнее, как принцип любой техники К. используется во многих психотерапевтических методах, объединяемых понятием «*катарсическая психотерапия*». В качестве одного из механизмов лечебного воздействия К. входит в такие методы психотерапии, как *психоанализ, аналитическая психология, психодрама, групповая психотерапия* и многие другие.

См. также *Автологокатарсис Атанасова, Гипнотическая абреакция, Декапсуляция Чолакова, Искусственная репродукция аффективных переживаний по Крестникову, Методика репродуктивных переживаний Асатиани, Психокатарсический метод Брейера, Фармакологическая абреакция*.

**КАТАРСИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Под этим термином объединены психотерапевтические методы, использующие в качестве принципа лечебной техники *катарсис* — отреагирование, абреакцию (Атанасов Ат., 1990).

Период научного исследования К. п. обычно связывается с именем Фрейда (Freud S.). Около 1880 г. он начал свою работу и опубликовал ее результаты, совместно с Брейером (Breuer J.), в 1895 г. (см. *Психокатарсический метод Брейера*).

Метод, сходный с психокатарсисом Брейера, в 1889 г. описал француз Жане (Janet P.). В 1926 г. М. М. Асатиани предложил свою методику репродуктивных переживаний (см. *Методика репродуктивных переживаний Асатиани*). Позже А. Ф. Горидзе (1929) подчеркнул значение этого приема и напомнил слова М. М. Асатиани, что «катарсис — это хирургия в психотерапии». Московский психотерапевт С. Я. Лившиц опубликовал монографию (1927) на русском языке, а в 1928 г. детально описал на немецком языке свой метод отреагирования, который он назвал *гипноанализом*.

Харьковский психотерапевт и последователь И. П. Павлова К. И. Платонов (1939) разработал свою методику «экспериментальной репродукции невротических синдромов». Больной вводится в глубокий *гипноз*, и ему внушается время перенесенного невроза, при этом наблюдаются те же самые симптомы и переживания, которые были установлены в активной стадии невроза. Эту технику используют и для диагностических целей. К. И. Платонов описал также метод, названный им *психоанамнезом*, — расширенный и углубленный анамнез как самая существенная часть врачебного подхода, имеющий и явное катарсическое значение.

Психокатарсическая терапия (Frank L, 1927) используется для отреагирования в «пассивном состоянии», или в полусне (по автору). Больной принимает лежа самую удобную позу и максимально расслабляется. Он не направляет свои мысли, не борется с ними, а отдается пассивно нахлынувшим воспоминаниям и представлениям без их обсуждения и принятия во внимание. Врач ничего не внушает

пациенту. Так создается пассивное состояние, которое, возможно, является легким гипнозом и самогипнозом (Атанасов, 1990) и нормализует болезненное восприятие проблемы, обсуждаемой с врачом.

К катарсическим методам Атанасов относит еще один прием, названный «терапией отравленного пера». При конфликтных ситуациях больной пишет множество писем, в которых изливает всю свою обиду и злость на лиц, которые, как он считает, поступили с ним несправедливо. Письма не отправляются — они являются лишь поводом для отреагирования.

Мур (Moore M. S., 1945) использовала метод, состоящий в многократном пересказывании психотравмирующих переживаний, больной при этом находится в постели с закрытыми глазами. Эта техника нашла применение при повторяющихся кошмарных снах. Среди множества других катарсических методов следует указать на метод, разработанный Лейнером (Leuner H.).

Большой вклад в развитие К. п. внесли болгарские ученые Крестников (Крестников Н.), Чолаков (Чолаков К.), Атанасов и др. Крестников обычно требовал от своих пациентов после репродукции обстоятельных письменных отчетов о пережитом во время сеанса, называя это графокатарсисом.

В основе К. п. лежит повторное воспроизведение сильной эмоции, обусловленной психотравмирующей ситуацией. Механизм действия катарсиса состоит в освобождении от неотреагированных эмоций при отсутствии негативных последствий, имевших место в реальности. Это облегчает возможность пересмотра значимости психотравмы для пациента. Катарсис успешен, когда тревога, связанная с восстановлением контакта с ситуацией, подавляется другими позитивными эмоциями в психотерапевтических условиях (Grinker R. R., Spiegel J. P., 1945), чувством защищенности и безопасности (Wolpe J., 1973). Катарсис достигается полным погружением в психотравмирующую ситуацию или путем поэтапного приближения к ней (десенсибилизация).

См. также *Автологокатарсис Атанасова, Декапсуляция Чолакова, Искусственная репродукция аффективных переживаний по Крестникову, Катарсис, Психоллиз, Фармакологическая абреакция.*

**КАТАТИМНЫЕ ОБРАЗНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПО ЛЕЙНЕРУ.** Автором этой методики, именуемой также «Symbol drama» и представляющей собой одну из наиболее удачных попыток упорядочения и систематизации «грез наяву», является Лейнер (Leuner H., 1980). Концептуально в ее основе лежит модель аналитической психодинамики. Методика была впервые опубликована автором в 1954 г. и постепенно дорабатывалась и развивалась. При неврозах (в том числе затяжных их формах) и психосоматических расстройствах проводится 15-50 сеансов 1-2 раза в неделю.

В состоянии *релаксации* пациентам предъявляются и внушаются определенные образы, которые служат стимулом для проекции бессознательных конфликтов (в духе подсознательного обучения во сне или подсознательной символики). Экспериментально отработаны 10 стандартных образов: созерцание луга или текущего ручья, восхождение на гору, осмотр дома, вглядывание в темноту леса, встреча со значительными людьми, испытание установок на сексуальность и агрессивность, идеальный образ «Я», вызов архаических символических образов. Они служат стимулами для формирования пластических образов, имеющих символическое значение и отражающих типичные подсознательные конфликтные сферы по их тематике. Наиболее важным является отражение инфантильных объектных отношений, фиксаций на ранних фазах развития, защитных механизмов, стереотипов поведения.

В процессе работы с К. о. п. п. Л. автором был открыт ряд психодинамических феноменов: фиксированные образы как проекции «ядер конфликта», фокусирование на релевантных проблемах, функциональное единство воображения и интрапсихического конфликта, развитие на этой основе терапевтических принципов («операция с символами»). Тем самым достигается возможность непосредственного воздействия на конфликтные структуры с коррекцией инфантильных объектных отношений, а также удовлетворения архаических потребностей в сфере нарциссических, оральных и анальных переживаний.

Терапевтические стратегии разделяются по дидактическим целям на 3 ступени. Базовая ступень сосредоточивается на методике обучения при работе с первыми 5 образами и на творческом развитии и развертывании «грез наяву». Психотерапевт занимает при этом протективную позицию при соблюдении основных психотерапевтических правил поведения — *аутентичности*, эмпатичности и теплоты. Средняя ступень — сосредоточение на свободном ассоциировании по поводу развертывающихся пластических образов с обращением к их генезу и реальному поведению. В то же время используются

стратегии, фокусирующиеся на специфических конфликтных структурах, а также стимуляция регрессии в инфантильную конфликтную область. Пациентов обучают переработке невротических структур и анализу проекций, связанных с *переносом*. Высшая ступень предполагает сосредоточение на остальных 5 стандартных образах и вводит психоаналитические приемы.

Психодиагностика осуществляется путем исследования неосознаваемых конфликтов в течение ряда сеансов, контроля за ходом психотерапевтического процесса благодаря повторяемости проецируемых установок и наблюдаемых феноменов трансформации в духе «движущейся проекции».

В сравнении с классической психоаналитической техникой, в К. о. п. п. Л. значительно скорее протекает процесс эмоциональной регрессии (уже с первого сеанса), что приводит к сосредоточенности на неосознаваемых конфликтах. Отсюда следует значительное сокращение сроков психотерапии, даже при хронических расстройствах. Метод К. о. п. п. Л. отличается также от *поведенческой психотерапии*.

В К. о. п. п. Л. символические функции противопоставляются воображению реальных ситуаций (как, например, в приемах Вольпе (Wolpe J.)), в методиках поведенческой психотерапии последние подчеркиваются.

**КАУЗАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ** (лат. *causa* — причина). Метод психотерапии, основанный на принципах анализа причинности в социальной сфере и устойчивых представлениях о конкретных причинных связях (каузальной схеме).

Каузальная схема раскрывается 3 принципами: 1) принципом обесценивания, или восприятием роли данной причины в обусловливании события как меньшей вследствие наличия других причин, потенциально способствующих его наступлению; 2) принципом усиления, или восприятием роли данной причины в обусловливании события как большей в результате наличия факторов, препятствующих его наступлению; 3) принципом систематического искажения причинных суждений о людях, т. е. систематического отклонения причинных объяснений поведения людей от правил формальной логики.

Структура каузальной схемы основывается на следующих трех положениях: 1) люди, познавая друг друга, не ограничиваются получением внешне наблюдаемых сведений, а стремятся к выяснению причин поведения и выводам, касающимся соответствующих личностных качеств субъекта; 2) поскольку информация о человеке, получаемая в результате наблюдения, чаще всего недостаточна для надежных выводов, наблюдатель находит вероятные причины поведения и черты личности и приписывает их наблюдаемому субъекту; 3) эта причинная *интерпретация* существенно влияет на поведение наблюдателя.

Основными мишенями К. п. являются:

1) систематические различия в объяснении человеком своего поведения и поведения других людей;

2) отклонения интерпретации субъектом причин и мотивов поведения других людей от логических норм под действием субъективных (мотивационных и информационных) факторов;

3) стимулирующее воздействие на мотивацию и деятельность человека, которое провоцируется объяснением неудачных результатов этой деятельности внешними факторами, а успешных — внутренними.

*Рациональную психотерапию* можно причислить к формам К. п., причем наиболее простым из них. В контексте рациональной психотерапии ориентируются в основном на самые простые и очевидные (прямолинейные) причинно-следственные отношения. В качестве одной из основных систем К. п. рассматривают *когнитивную психотерапию*. Описание события, имевшего следствием обращение к врачу в связи с ухудшением здоровья, и установление причинных связей между ними не требовало бы особых усилий от больного, если бы пациент не смешивал вместе то, что произошло, и то, как он воспринимает и как оценивает событие. Задача психотерапевта — путем *кларификации* развести эти процессы, но этому обычно мешает излишняя информация о событии, из-за чего основные параметры, по причине которых событие приобрело такое значение, теряются. Или противоположная тенденция: неясность при описании события, даже отрицание его наличия как отражение *психологической защиты* (неосознанного желания вытеснить его из сознания) также осложняет решение задачи. Еще один вариант, затрудняющий идентификацию события, — случай, когда следствие само становится активирующим событием. Например, возникновение тревоги, страха провоцирует дальнейшее усиление

опасений за свое здоровье, что, в свою очередь, еще больше усугубляет эмоциональное расстройство. При существовании такого двухуровневого реагирования к анализу второго уровня эмоциональных нарушений приступают раньше, чем к исследованию причин первого уровня изменений, вызвавших эмоциональное напряжение.

Основной системой К. п. при неврозах, используемой в России, является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. В числе основных ее задач — достижение у больного *осознания* и понимания причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и его заболеванием. Многообразие целей, которые ставит перед собой психотерапевт при ее проведении, обуславливает чрезвычайную многогранность и сложность психотерапевтического процесса, основой которого является взаимодействие личности врача и личности больного.

На основе уже выявленных закономерностей причинно-следственных связей (отношений) разрабатываются новые и совершенствуются старые приемы практического использования К. п. в целях более направленного воздействия на эмоциональные расстройства, мотивацию и эффективность деятельности пациентов. С внедрением в психотерапию современной видеотехники заметно расширились возможности К. п. за счет большей наглядности при демонстрации пациентам разнообразных причинно-следственных связей в психо- и патогенезе их заболевания.

**КИНЕСТЕТИЧЕСКИЕ ТРАНСЫ.** В *нейролингвистическом программировании* и *эриксоновском гипнозе* — это трансовое состояние, вызванное применением невербальных технических приемов. Чаще всего к ним относят методики так называемого «рычажного наведения», «разрыва поведенческого шаблона», неожиданного «включения неактивного глазного доступа», а также неявного вовлечения гипнотизируемого в какое-либо ритмически повторяющееся действие или наблюдение за ним. Во всех этих случаях при создании и управлении трансовым состоянием используются (как правило, в дополнение к вербальным) невербальные приемы. Трансовое состояние, за исключением способа наведения, не имеет другой специфики.

Прием «рычажного наведения» состоит в том, что гипнотизируемому на начальных этапах наведения транса внушается связь какого-либо события, обычно имеющего четко очерченное завершение, с углублением транса. Например, психотерапевт поднимает руку гипнотизируемого и производит *внушение*: «По мере того как ваша рука будет опускаться, состояние вашего транса будет углубляться, и как только ваша рука опустится полностью... вы заснете...»

«Разрыв шаблона» — другой технический прием. Смысл его состоит в том, что психотерапевт неожиданно меняет привычный уклад действия (в терминах нейролингвистического программирования «поведенческий шаблон» — неосознаваемые сложные действия), чем заставляет гипнотизируемого менять фокус внимания, и это приводит к наступлению транса. Классический пример: психотерапевт подходит к гипнотизируемому в неожиданной обстановке (например, в коридоре) и протягивает руку. В ответ пациент также протягивает руку, но рукопожатия не происходит, так как психотерапевт вдруг захватывает протянутую руку за кисть и подносит ладонь гипнотизируемого к его глазам. Психотерапевт может, задержав рукой гипнотизируемого, начать производить своими пальцами смещающиеся прикосновения к кисти пациента, что приводит того в замешательство и способствует развитию транса.

Прием «включения глазного доступа» основывается на представлении в нейролингвистическом программировании о глазных доступах — о влиянии положения глазного яблока на способ переработки информации в мозге. Примером может быть неожиданное привлечение внимания собеседника к руке психотерапевта и затем резкое перемещение руки вправо вверх по отношению к гипнотизируемому. Если он неожиданно для себя переместит направление оси зрачков вправо и вверх, то «включится» глазной доступ к зрительному конструированию — созданию зрительных образов. С точки зрения нейролингвистического программирования большинство людей именно в этом положении глаз способны к созданию зрительных образов.

Возможны и другие приемы наведения К. т. Психотерапевт берет руку пациента и начинает совершать ею круговые движения, или же психотерапевт ритмично покачивает своей рукой и привлекает к ней внимание пациента.

В классическом *гипнозе*, а также в приемах месмеризма (пасса), в более старых суггестивных техниках существуют многочисленные приемы невербального быстрого овладения вниманием и

ощущениями субъекта и погружения его в гипнотический транс.

Несмотря на отсутствие строго научного обоснования указанных подходов, они прочно закрепились в арсенале приемов, используемых современными психотерапевтами. Применение не только словесных, но и несловесных технических приемов делает работу психотерапевтов более успешной, результативной.

**КЛАРИФИКАЦИЯ.** Означает просветление, прояснение. Психоаналитический термин, обозначающий возникновение сильного чувства, внутренней уверенности в том, что со всей многозначностью или противоречивостью покончено и человек твердо знает, что именно он должен делать дальше.

Кларификационное замечание — особое высказывание психотерапевта, повторяющее то, что сказал пациент, в более ясных терминах. Иногда психотерапевт в точности пересказывает замечание больного; но он никогда не пытается связывать между собой факты или высказывания, полученные им от больного в различное время. Важно, что в кларификационном замечании психотерапевт никогда не стремится давать оценки. В своих высказываниях он намеренно избегает проявлений собственной экспрессии, отражающей его отношение к больному, его словам или каким-то обстоятельствам его жизни. Сохраняются лишь те эмоциональные акценты, которые были допущены самим пациентом. Кларификационное замечание относится к разряду недирективных процедур и представляет собой попытку психотерапевта вернуть пациенту то, что он сказал, почувствовал, выразил.

Отражение чувства (reflection of feeling) — методика, состоящая в том, что психотерапевт повторяет то, что сказал пациент, таким образом, чтобы высветить не столько интеллектуальное, сколько эмоциональное значение сказанного.

**КЛАССИФИКАЦИЯ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ.** С развитием психотерапии возрастает потребность в систематике используемых психотерапевтических методов. Каждый из них представляет собой способ лечебного воздействия на психику и через психику на весь человеческий организм. Понятие метода в психотерапии крайне размыто. Прежде всего это проявляется в различных классификациях.

Наибольшее развитие и признание получили 3 психотерапевтических направления и возникшие на их основе методы:

- 1) динамическое (психодинамическое, психоаналитическое) (см. *Динамическое направление в психотерапии*),
- 2) бихевиористское (см. *Поведенческая психотерапия*) и
- 3) гуманистическое (см. *Гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, опытное) направление в психотерапии*).

В этих трех направлениях психотерапии, ориентированных на личностные изменения, а не на один лишь симптом, наличие определенной личностной концепции позволило создать психотерапевтическую систему, характеризующуюся логической последовательностью взглядов, которая присуща и другим областям медицины. Это представление о норме (в психотерапии — о личности), о патологии (в психотерапии — о личностных изменениях) и логически вытекающее из этого представление о задачах и способах лечения. Так, *психоанализ*, рассматривающий в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения первичные влечения и потребности, а невроз — как следствие их вытеснения в бессознательное и конфликта с сознанием, логически понятно определяет и основную задачу психотерапии — *осознание* этого конфликта. Для *бихевиоризма* личность есть поведение, а невроз — это неадаптивное поведение, возникшее в результате *неправильного научения*, поэтому основная задача психотерапии формулируется как обучение новым, адаптивным способам поведения. Гуманистическая психология рассматривает в качестве основной потребность личности в *самоактуализации*, а невроз — как результат блокирования этой потребности. Из такого понимания следует и задача психотерапии, которая заключается в приобретении пациентом нового эмоционального опыта, способствующего становлению адекватного целостного образа «Я», и возможностей для самоактуализации личности.

Разработка и применение нового, более широкого психотехнического арсенала определяют специфику и относительную самостоятельность позитивной психотерапии в рамках гуманистического направления, но отнюдь не выводят за его пределы, точно так же как *когнитивная психотерапия*,

использующая технические приемы, отличные от классического и *оперантного обусловливания*, но теоретически рассматривающая когнитивные структуры как «промежуточные переменные», находится в русле поведенческой традиции.

В рамках каждого из указанных психотерапевтических направлений возникают новые течения, подходы, формы, виды, методы, методики, технические приемы, названия которых нередко призваны отразить уникальность каждого из них (Karasu T. B., 1977), замаскировать производный их характер по отношению к основным направлениям в психотерапии и уже существующим в них методам. Это во многом объясняется тем, как замечает Шкода (Skoda C.), что мечтой каждого честолюбивого психотерапевта является создание нового, необычного приема, внесение своего оригинального вклада в историю психотерапии.

Александрович (Aleksandrowicz J. W., 1979) сделал попытку проанализировать все многообразие значений, в которых используется понятие метода в психотерапии: 1) методы психотерапии как конкретные методические приемы и техники (*гипноз, релаксация, беседа, дискуссия, психогимнастика* и др.); 2) методы психотерапии, определяющие условия, которые способствуют оптимизации достижения психотерапевтических целей (*семейная психотерапия* и др.); 3) методы психотерапии в значении инструмента психотерапевтического воздействия (таким инструментом может быть психотерапевт в случае *индивидуальной психотерапии* или группа при *групповой психотерапии*); 4) методы психотерапии в значении терапевтических интервенций (вмешательств), рассматриваемых либо в параметрах стиля (директивный, недирективный), либо в параметрах теоретического подхода, который и определяет характер этих вмешательств (*интерпретация, научение, межличностное взаимодействие*).

Представляется, что собственно понятию «метод» соответствует 1-й уровень — это методы как конкретные техники и приемы; 2-й уровень — отражает виды психотерапии (на основании условий, в которых она протекает); 3-й уровень — формы психотерапии (на основании инструментов психотерапевтических воздействий) и 4-й уровень — теоретические направления.

Для практического применения тех или иных методов психотерапии имеет значение их классификация по поставленным целям. Волберг (Wolberg L. R.) различает 3 типа психотерапии: 1) *поддерживающая психотерапия*, целью которой является укрепление и поддержка имеющихся у больного защитных сил и выработка новых, лучших способов поведения, позволяющих восстановить душевное равновесие; 2) *переучивающая психотерапия*, целью которой является изменение поведения больного путем поддержки и одобрения положительных форм поведения и неодобрения отрицательных. Пациент должен научиться лучше использовать имеющиеся у него возможности и способности, однако при этом не ставится цель по-настоящему разрешить неосознаваемые конфликты; 3) *реконструктивная психотерапия*, целью которой является осознание интрапсихических конфликтов, послуживших источником личностных расстройств, и стремление достичь существенных изменений черт характера и восстановления полноценности индивидуального и социального функционирования личности.

Приведем также ряд других принципов, используемых при группировке методов психотерапии.

Граве (Grawe K.) отмечает: поскольку психотерапия направлена на преодоление проблем пациента, то естественно, что с помощью одних методов психотерапевт стремится понять проблемы пациента и активно их преодолевать. При этом он не ищет скрытой мотивации и не придает проблемам иного значения, нежели сам пациент, а смотрит на них как на трудности, которые пациент без помощи не может преодолеть. При использовании другой группы методов психотерапевт не помогает преодолевать проблемы (например, при *клиент-центрированной психотерапии*), а способствует лучшему пониманию пациентом себя, своих мотивов, ценностей, цели своего поведения и стремлений. Если в первом случае психотерапия является помощью в преодолении проблем, то во втором — помощью в лучшем понимании себя. Граве, основываясь на метаанализе существующих данных по эффективности психотерапии, полагает, что большинству пациентов нужна помощь в преодолении своих проблем, а не в обнаружении скрытых мотивов.

В клинической практике принято деление методов психотерапии на симптомоцентрированные, личностноцентрированные и социоцентрированные, интеграция которых часто обеспечивает наилучший терапевтический эффект.

Учитывая, что в настоящее время возрастает значение искусства в жизни современного человека

— более высокий уровень образования, культуры, повышение престижности искусства в обществе, — существуют многочисленные методы, в которых искусство и природа выступают как терапевтический фактор. Это методы психотерапии, основанные на лечебном влиянии: а) общения с искусством (*музыкотерапия, библиотерапия* и др.), б) творческой деятельности (*имаготерапия, арттерапия* и др.), в) природы (*натурпсихотерапия* и др.).

Увеличение числа методов психотерапии, в последнее время приведшее к усилению интегративного движения в психотерапии, подтверждает положение о том, что имеющиеся психотерапевтические подходы не столько различаются по отношению к единому объекту — человеческой личности, сколько концентрируются на разных ее аспектах и проблемах, чем и обусловлено различие в методах психотерапии и множество их классификационных делений.

**КЛАССИЧЕСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ.** Этим термином обозначается: 1) направление глубинной психологии, рассматривающее бессознательное в качестве детерминанты развития и функционирования личности; 2) психотерапевтическая система, в основе которой лежит выявление особенностей переживаний и действий человека, обусловленных неосознаваемыми мотивами.

В работе «Эго и Ид» *Фрейд* (Freud S.) писал: «Психоанализ — инструмент, дающий возможность Эго достичь победы над Ид». Он считал, что в *психоанализе* основные усилия направлены на то, чтобы «усилить Эго, сделать его более независимым от Супер-Эго, расширить сферу действия перцепции и укрепить его организацию... Где было Ид, там будет Эго». Цель психоанализа Фрейд видел в том, чтобы сделать бессознательное сознательным; он утверждал, что «дело анализа — обеспечить, насколько это возможно, хорошие условия для функционирования Эго».

Ключевыми, определяющими понятиями психоанализа являются: *свободные ассоциации, перенос и интерпретация*.

Классическая аналитическая техника включает ежедневные (5 раз в неделю) встречи с пациентом, укладывание его на кушетку, избегание всяческих советов, прописывания лекарств, воздержание от управления его жизнью, ограничение высказываний интерпретациями и инструктирование по выполнению основного правила свободных ассоциаций. Психоанализ можно охарактеризовать как долгосрочную, интенсивную, интерпретативную психотерапию.

Техника свободного ассоциирования основана на трех предположениях: все мысли направлены к тому, что является значимым; потребность пациента в психотерапии и значение того, что его лечат, поведут его ассоциации в направлении значимого, за исключением того случая, когда действует *сопротивление*; сопротивление проявляет себя во время сеансов в невозможности свободно ассоциировать. В соответствии с инструкцией психоаналитика пациент должен выполнять «основное правило», т. е. сообщать свои мысли безоговорочно и не делать попыток сосредоточиваться во время этого.

Вторым ключевым понятием анализа является перенос, процесс, посредством которого пациент перемещает на психоаналитика чувства, мысли, фантазии и пр., вызванные ранее действовавшими в жизни пациента фигурами. Благодаря переносу больной наделяет психоаналитика значимостью другого, обычно ранее существовавшего объекта. Первое описание и обсуждение роли переноса дано Фрейдом в работе об истерии. Перенос является переживанием чувств, побуждений, фантазий и защит по отношению к личности в настоящем, которая не является подходящей для этого, но это есть повторение реакций, образованных по отношению к значимым фигурам раннего детства. Основная важность реакций переноса вытекает из того факта, что пациент испытывает в ситуации лечения и в отношении к психоаналитику все значимые человеческие чувства своего прошлого. Перенос — это особый вид отношений, главной характеристикой которого является переживание некоторых чувств, действительно обращенных к другой личности. На личность в настоящем пациент реагирует, как будто это личность из прошлого. Перенос есть повторение, новое «издание» старых объектных отношений. Это анахронизм, временная погрешность; имеет место перемещение: импульсы, чувства и защиты по отношению к личности в прошлом перемещаются на личность в настоящем. Поскольку это бессознательное явление, человек, реагирующий чувствами переноса, большей частью не осознает искажения. Определение переноса включает 4 основных утверждения: перенос является разновидностью объектных отношений; явления переноса повторяют прошлое отношение к объекту; механизм перемещения играет важную роль в реакциях переноса; перенос является регрессивным

феноменом.

Существует много способов классификации различных клинических форм реакций переноса. В соответствии с объектом переноса и повторяемой стадией развития сексуальности перенос может быть отцовским, материнским, эдиповым, доэдиповым. Перенос может быть объектным или нарциссическим в соответствии с тем, представляет ли пациент своего психоаналитика как внешнюю персону, от которой он зависит, которую он любит или ненавидит, или как часть самого себя. Перенос может быть положительным или отрицательным в зависимости от того, расценивает ли пациент психоаналитика как доброжелательную фигуру или недоброжелательную.

В работе «Воспоминание, повторение и тщательная проработка» Фрейд описал невроз переноса, когда во время психоанализа пациент замещает свой обычный невроз этим неврозом, вовлекая психоаналитика. Автор использовал это понятие, чтобы обозначить совокупность реакций переноса, в котором анализ и психоаналитик становятся центром эмоциональной жизни пациента, а невротический конфликт больного вновь оживает в аналитической ситуации. Психоаналитическая техника направлена на то, чтобы обеспечить максимальное развитие невроза переноса.

*Контрперенос* описан Фрейдом в работе «Рекомендации врачам, практикующим психоанализ», где подчеркивается необходимость для психоаналитика «психоаналитического очищения». Для того чтобы разрешить перенос, психоаналитику необходимо соблюдать анонимность: «Врачу следует быть непроницаемым для своих пациентов, и, как зеркало, он не должен показывать им ничего, кроме того, что показывают ему». Автор видел в переносе существенную часть терапевтического процесса: «В конечном счете каждый конфликт должен быть переведен в сферу переноса».

Следующим ключевым понятием психоанализа является интерпретация. В своих заявлениях психоаналитик приписывает сновидениям, симптомам и цепочке свободных ассоциаций пациента некоторое дополнительное значение по сравнению с тем, как расценивает эти феномены сам пациент. Интерпретация переноса устанавливает связь между поведением и ассоциациями пациента и его отношением к психоаналитику. Интерпретация содержания относится к бессознательным импульсам и фантазиям и не касается тех защитных процессов, которые поддерживают их в качестве бессознательных. Прямые интерпретации основываются только на знании психоаналитиком символики, безотносительно к ассоциации пациента. Корректные интерпретации адекватно объясняют интерпретируемый материал, формулируются таким образом и сообщаются в такое время, что обладают актуальностью для пациента.

Интерпретация является наиболее важной аналитической процедурой. Процесс анализирования включает *конфронтацию*, когда явление должно стать очевидным для сознательного Эго пациента.

Прояснение относится к тем действиям, которые имеют целью поместить анализируемый психический феномен в четкий фокус. Следующий шаг при анализировании — интерпретация, которая в психоанализе является окончательным и решающим действием. Интерпретировать — значит делать неосознанные феномены осознанными. Функция интерпретации направлена на увеличение самосознания, способствует интеграции благодаря осознанию пациентом внутренних процессов. Последний шаг в анализировании — тщательная проработка. Этот термин относится к комплексу процедур и процессов, которые наблюдаются после *инсайта*.

Классическим примером интерпретации служит толкование сновидений. Психоанализ основан на *убеждении*, что сновидения имеют психологическое значение, подойти к которому можно через интерпретацию. Фрейд считал, что сновидения имеют первоначальный текст, оглашение которого наталкивается на цензуру, так что сновидение приходится переписывать в форме, непонятной цензору. Первоначальный набросок — это скрытое содержание, его переписывание составляет работу сновидений, а конечный, оглашаемый вариант есть видимое содержание. Автор утверждал, что сновидения выражают желания как исполненные: «Мысль, выраженная в желательном наклонении, заместила представлением в настоящем времени».

Важным понятием в психоанализе является сопротивление, которое означает противодействие в ходе анализа превращению бессознательных процессов в сознательные. В состоянии сопротивления пациент отклоняет интерпретации психоаналитика. Термин «сопротивление» относится ко всем силам внутри пациента, которые находятся в оппозиции к процедурам и процессам психоаналитической работы. Сопротивление является повторением тех защитных операций, которые пациент использовал в



своей обычной прошлой жизни. Все варианты психических явлений могут быть использованы для целей сопротивления, но, вне зависимости от того, что служит его источником, сопротивление действует через Эго пациента. Хотя некоторые аспекты сопротивления могут быть осознаны, значительная их часть остается бессознательной. Фрейд писал: «Сопротивление сопровождает лечение шаг за шагом. Каждая ассоциация, каждое действие личности при лечении включают сопротивление и представляют собой компромисс между силами, которые стремятся к выздоровлению, и силами, которые противодействуют этому».

Открытие сопротивления относится к периоду написания работы об истерии. Автор впервые употребил термин «сопротивление» в описании случая с Элизабет фон Р. Он пришел к заключению, что сила, сопротивляющаяся лечению, это та же самая сила, которая охраняет патогенные мысли пациентки. Цель одна — защита. «Незнание истерического пациента есть фактически нежелание знать».

В «Толковании сновидений» Фрейд часто ссылаясь на концепцию сопротивления. По его мнению, концепции сопротивления и цензуры тесно связаны друг с другом: «Цензура для сновидения то же, что сопротивление для свободной ассоциации... То, что прерывает прогресс аналитической работы, есть сопротивление».

В психоаналитической ситуации механизмы защиты проявляются как сопротивление. Автор употреблял эти термины как синонимы в большинстве своих работ. В течение курса психоанализа силы сопротивления используют все механизмы, формы, способы, методы и защиты, которые Эго применяет во внешней жизни пациента.

Анализ сопротивления включает несколько основных процедур. Психоаналитик должен: осознать сопротивление, продемонстрировать его пациенту, прояснить мотивы и форму сопротивления (какой специфический болезненный аффект заставляет пациента сопротивляться; какую конкретную форму и метод пациент использует для выражения своего сопротивления); интерпретировать сопротивление (выявить, какие фантазии или воспоминания являются причиной аффектов и побуждений, которые стоят за сопротивлением; заниматься историей и бессознательными объектами данных аффектов и побуждений или событий во время анализа, вне анализа и в прошлом); интерпретировать форму сопротивления, для чего заниматься анализом этой и сходных форм деятельности во время и вне анализа; проследить историю и бессознательные цели этой деятельности в настоящем и прошлом пациента. Последняя процедура — тщательная проработка.

Тесно связано с сопротивлением понятие защиты — «общее название для всех специальных приемов, которые Эго использует в конфликтах, могущих привести к неврозу». Предназначение защиты в том, чтобы не допустить *осознания* импульсов, воспоминаний, предохранить Эго. Механизмы защиты могут побуждаться тревогой, обусловленной увеличением инстинктивного напряжения, угрозами Супер-Эго или реальной опасностью. Поскольку психический фактор, приводящий в действие защиту, должен воспринять угрожающий перцепт до того, как он становится доступным сознанию, Фрейд заменил понятие «сознание» на Эго, так как Эго является частично бессознательным и способно к автоматическим, бессознательным реакциям на изменения внутреннего напряжения. По мнению автора, неврозы обусловлены нарушениями в работе механизмов защиты.

Техника психоанализа связана с разработанными Фрейдом теорией общего психического развития, включающей понятия психического аппарата и стадий развития детской сексуальности, и теорией психологического происхождения неврозов.

Психический аппарат — центральное понятие метапсихологии автора психоанализа: «Мы предполагаем, что психическая жизнь есть функция аппарата, которому мы приписываем характеристики пространственной протяженности и составленности из нескольких частей, а именно Ид, Эго и Супер-Эго». Формулировки, в которых психическая деятельность помещается в ту или иную часть аппарата, называются топографическими; определения психической активности в терминах взаимодействия частей психического аппарата или изменений в его профиле называют структурными; формулировки, в которых постулируется движение энергии внутри психического аппарата, являются экономическими, включают понятия инстинкта, энергии, либидо.

В соответствии с психоаналитической теорией психическая активность бывает двух видов: сознательной и бессознательной. Первый вид активности представляет собой «непосредственно данное», которое «невозможно более полно объяснить никаким описанием». Предсознательное означает

мысли, которые являются бессознательными в определенный момент времени, однако не подавлены и поэтому способны стать сознательными. Бессознательное — это часть души, в которой психические процессы являются бессознательными по функционированию, т. е. воспоминания, фантазии, желания и т. д., существование которых можно только подразумевать или которые становятся сознательными только после преодоления сопротивления. В 1920-х гг. Фрейд переименовал бессознательное в Ид, сознательное — в Эго. Бессознательное — это структура со специфическими свойствами: «Освобождение от взаимного противоречия, первичный процесс, вневременность и замещение внешней действительности психической — все это характерные черты, которые мы надеемся обнаружить у процессов, принадлежащих Системе Бессознательного».

Исторически понятие Ид возникает из понятия бессознательного. В ходе развития Ид предшествует Эго, т. е. психический аппарат начинает свое существование как недифференцированное Ид, часть которого затем развивается в структурированное Эго. Ид содержит в себе все, что имеется в наличии с рождения, главным образом то, что заложено в конституции, следовательно, и инстинкты, которые порождаются соматической организацией и которые находят свое первое психическое выражение здесь, в Ид. По определению Фрейда, «Ид — темная, недоступная часть нашей личности. Мы приближаемся к пониманию Ид при помощи сравнения, называя его хаосом, котлом, полным бурлящих побуждений. Мы представляем себе, что у своего предела Ид открыто соматическому, вбирая оттуда в себя инстинктивные потребности, которые находят в нем свое психическое выражение. Благодаря влечениям Ид наполняется энергией, но не имеет организации...»

Эго — это структурное и топографическое понятие, относящееся к организованным частям психического аппарата, противопоставляемое неорганизованному Ид. «Эго — это часть Ид, которое было видоизменено под непосредственным влиянием внешнего мира... Эго репрезентирует то, что можно назвать разумом или здравым смыслом в противоположность Ид, которое заключает в себе страсти. В своем отношении к Ид Эго подобно всаднику, который должен сдерживать превосходящую силу лошади, с той разницей, что наездник старается сделать это при помощи своей собственной силы, тогда как Эго использует для этого позаимствованные силы». Развитие Эго подразумевает рост и приобретение функций, которые дают возможность индивиду все в большей степени подчинять себе свои импульсы, действовать независимо от родительских фигур и контролировать среду.

Супер-Эго — это та часть Эго, в которой развиваются самонаблюдение, самокритика и другие рефлексивные деятельности, где локализуются родительские интроекты. Супер-Эго включает бессознательные элементы, а исходящие от него предписания и торможения берут начало в прошлом субъекта и могут находиться в конфликте с его настоящими ценностями. «Супер-Эго ребенка строится, собственно, не по примеру родителей, а по родительскому Супер-Эго; оно наполняется тем же содержанием, становится носителем традиции, всех тех сохранившихся во времени ценностей, которые продолжают существовать на этом пути через поколения».

Фрейд делает вывод, что «значительные части Эго и Супер-Эго могут оставаться бессознательными, обычно являются бессознательными. Это значит, что личность ничего не знает об их содержании и ей требуется усилие, чтобы сделать их для себя сознательными».

Фрейд выделял два типа психологического функционирования. Первичный процесс мышления является характеристикой бессознательной психической активности. Он проявляется в конденсации и смещении, т. е. образы имеют тенденцию сплавляться друг с другом и могут легко замещать или символизировать друг друга, используя свободную энергию, игнорируя категории пространства и времени, и направляются принципом удовольствия. Вторичный процесс мышления подчиняется законам грамматики и формальной логики, т. е. уменьшает неудовольствие от инстинктивного напряжения посредством адаптивного поведения. Фрейд считал первичные процессы мышления онтогенетически и филогенетически более ранними, рассматривал их как врожденно-неадаптивные, а все развитие Эго — как вторичное, служащее для их подавления. Примером первичных процессов служит сновидение, вторичных — мышление. Другими словами, в первичном процессе мышления, например в сновидении, идеи и образы относительно взаимозаменяемы, так что одна идея или образ легко символизирует другую идею или образ, тогда как во вторичном — сознательная, рациональная мысль, образ, представления и слова имеют относительно постоянную ценность и значение.

Фрейд пытался определить мышление в терминах перемещений энергии. В «Проекте научной

психологии» он ввел понятие «катексисы», т. е. кванты энергии, вложенные в отдельные умственные образы. В результате эти представления описываются как «заряженные». Связанная энергия относительно неподвижна и характерна для структурированных частей психического аппарата, т. е. для Эго и вторичных процессов, тогда как вложения свободной, или подвижной, энергии служат отличительным признаком неструктурированных частей психического аппарата, т. е. Ид и первичных процессов.

В работе «Три очерка по теории сексуальности» Фрейд дал определение понятию «либидо» как «меняющейся количественно силе, которой можно измерять все процессы и превращения в области сексуального возбуждения». Он считал, что либидо имеет источник — тело, или Ид, существует в различных формах, связанных со специфическими эрогенными зонами, и подразделяется на оральное, анальное, генитальное либидо; распределяется между различными структурами, или процессами, которые насыщают либидо.

К. п. утверждает, что взрослое поведение можно интерпретировать как совершенствование, или эволюцию, детского поведения. Процесс развития в целом представляет собой результирующую двух факторов: эволюции врожденных процессов и воздействия на эти процессы опыта. Классическая психоаналитическая теория выделяет две параллельные формы развития: развитие Эго, заключающееся в приобретении Эго-функций, которые увеличивают автономию, и сексуальное развитие, состоящее в преобразовании прегенитальных сексуальных и агрессивных побуждений во взрослую сексуальную и сублимированную деятельность.

Психоанализ постулирует ряд стадий развития детской сексуальности, через которые индивид проходит от младенчества до достижения латентного периода и которые синхронны с рядом стадий развития Эго: оральная, анальная, фаллическая и эдипова стадии; три первые вместе составляют доэдипову стадию. Они названы так потому, что рот, анус и пенис соответственно являются на протяжении этих стадий главными источниками сексуального наслаждения. В оральной стадии рот является главным источником удовольствия и, следовательно, центром познания, она начинается с момента рождения. Фиксированные на оральном уровне склонны сохранять рот в качестве главной эрогенной зоны и фиксироваться на матери (груди); для них характерны глубокие колебания настроения. В анальной стадии анус и дефекация являются главными источниками чувственного наслаждения. Овладение своим телом, особенно его сфинктерами, и социализация импульсов являются главными занятиями младенца. Когда мальчики проходят через фаллическую стадию, они поглощены не только своим пенисом, но также идеей потентности, половой зрелости, мужественности и силы. Эдипова стадия развития сексуальности и Эго находится между 3 и 5 годами. Комплекс Эдипа — группа в значительной степени бессознательных представлений и чувств, концентрирующихся вокруг желания обладать родителем противоположного пола. Согласно Фрейду, комплекс Эдипа — это универсальный феномен, заложенный в филогенезе и ответственный за бессознательное чувство вины. Разрешение комплекса Эдипа достигается обычно идентификацией с родителем того же пола и временным отречением от родителя противоположного пола, который «заново открывается во взрослом сексуальном объекте». Эдипово соперничество с отцом является причиной страха кастрации. Фрейд впервые упоминает о комплексе Эдипа в письме к своему другу Флиссу в 1897 г., это представление возникло из *самоанализа*, который автор провел после смерти отца. Первая публикация, где описывается комплекс Эдипа, — это «Толкование сновидений». *Эдипов комплекс* и комплекс кастрации являются единственными комплексами в К. п.

Фрейд интерпретировал определенные черты характера как дериваты стадий развития сексуальности и развития Эго или как аналоги симптомов, т. е. защитные процедуры. Он использовал две системы классификации — генетическую и клиническую. Генетические типы характера соотносятся с той или иной стадией развития сексуальности, от которой определенные черты характера и получают свое название; это оральный, анальный, фаллический, генитальный характеры. Клинические типы характера соотносятся с тем или иным психопатологическим состоянием, с которым они аналогичны или имеют максимальное сходство; отсюда истерический, obsессивный, фобический, шизоидный, депрессивный, маниакальный характеры. Оральный характер проявляется у лиц с фиксацией на оральной стадии. Типичными чертами его являются оптимизм и пессимизм, щедрость, легкая смена настроений, болтливость, жадность и склонность заниматься желанными размышлениями. Термин

«анальный характер» используется для ссылки на реактивные образования, на анальный эротизм, компульсивные упрямство, аккуратность, скупость, но может относиться и к противоположным им чертам. Индивид с фаллическим характером понимает сексуальное поведение как проявление силы. Генитальный характер проявляется у личности, прошедшей полный анализ, которая разрешила свой комплекс Эдипа, «пробила себе дорогу» через прегенитальную амбивалентность и достигла генитального уровня психосексуального развития. Человек с генитальным характером полностью свободен от инфантильной зависимости.

В теорию развития сексуальности входит описание механизмов регрессии и сублимации. Регрессия — это защитный процесс, посредством которого субъект избегает тревоги через возвращение к более ранней стадии развития сексуальности и Эго; стадия, в которой происходит регрессия, детерминирована существованием точек фиксации. Теория регрессии предполагает, что более ранние модели поведения остаются в распоряжении субъекта как альтернативные способы действия. Поскольку регрессия не является эффективным защитным механизмом, она обычно сопровождается дополнительными процессами, предназначенными для предохранения Эго от ее последствий. Фрейд писал: «Сновидения в целом представляют собой пример регрессии к наиболее ранним формам существования спящего, это возврат в детство, к тем инстинктам и тем способам их выражения, которые доступны в этот ранний период». К регрессивным формам психической жизни он относит также невротические состояния. Сублимация — это связанный с развитием процесс, посредством которого инстинктивная энергия разряжается в неоинстинктивных формах поведения. Он включает перемещение энергии с объектов биологической значимости на объекты меньшей инстинктивной важности, освобождение деятельности от влечения инстинктивного напряжения. Концепция сублимации объясняет эволюцию «высших функций» из низших. Все сублимации зависят от символизации, а все развитие Эго зависит от сублимации.

К. п. включает теорию психологического происхождения неврозов. В классической теории различаются следующие типы неврозов.

1. Психоневроз, который обусловлен причинами, относящимися к прошлому, и объясним только в терминах личности и истории жизни. Существует 3 типа психоневрозов — истерическая конверсия, истерический страх (фобия) и невроз навязчивых состояний. Симптомы этих неврозов можно интерпретировать как конфликт между Эго и Ид.

2. Актуальный невроз обусловлен причинами, относящимися к настоящему, и объясним в терминах сексуальных привычек пациента. Он является физиологическим последствием нарушений в половом функционировании. Фрейд разграничил две формы: неврастению как результат половых излишеств и невроз тревоги как результат отсутствия облегчения от полового возбуждения.

3. Нарциссический невроз, при котором пациент не способен к образованию переноса.

4. Невроз характера — в этом случае симптомы являются чертами характера.

5. Травматический невроз, который вызывается потрясением.

6. При неврозе переноса, который развивается в ходе психоанализа, пациент проявляет навязчивый интерес к психоаналитику.

Психоанализ утверждает, что психоневрозы обусловлены невротическим конфликтом, т. е. бессознательным конфликтом между побуждением Ид, стремящегося к разрядке, и защитой Эго, предотвращающей непосредственную разрядку или доступ к сознанию. Таким образом, конфликт является невротическим только в том случае, если одна сторона бессознательна и/или если он разрешается путем применения механизмов защиты, отличных от сублимации. Психоанализ рассматривает симптом как осуществление компромисса между подавляемым желанием и требованиями подавляющего фактора. Возникновение симптома обусловлено символизацией, которую Фрейд характеризовал как «древний, но вышедший из употребления способ выражения». Сложную роль в невротическом конфликте играет Супер-Эго. Именно Супер-Эго заставляет Эго чувствовать себя виноватым даже за символическую и искаженную разрядку, которая проявляется как симптомы психоневроза. Сознательно она ощущается весьма болезненно. Таким образом, все части психического аппарата участвуют в формировании невротического симптома.

**КЛАССИЧЕСКОЕ ОБУСЛОВЛИВАНИЕ.** основополагающий вклад в теорию классических условных рефлексов внес И. П. Павлов. Его теория условных рефлексов явилась тем фундаментом, на

котором стала развиваться *поведенческая психотерапия*.

И. П. Павлов впервые ответил на вопрос, каким образом нейтральный стимул может вызывать ту же реакцию, что и безусловный рефлекс, который протекает автоматически, на врожденной основе, и не зависит от предшествующего опыта индивида. Или, иными словами, как нейтральный раздражитель становится условным раздражителем. И. П. Павлов показал, что формирование условного рефлекса подчиняется ряду требований: 1) важнейшим из них является смежность (совпадение по времени индифферентного и безусловного раздражителей, с некоторым опережением индифферентного раздражителя); 2) не менее важным условием является повторение (многократное сочетание индифферентного и безусловного раздражителей).

Основная схема условного рефлекса И. П. Павлова  $S \rightarrow R$ , где  $S$  — стимул,  $R$  — поведение. Из этой схемы видно, что основной путь управления поведением — это управление предъявлением стимулов, вызывающих определенную реакцию, внешним окружением, контроль над ним. Организуя определенным образом окружение, вырабатывая условные рефлексы, можно формировать определенное поведение у человека.

Последующее развитие концепций *научения* показало, что с помощью теории условных рефлексов И. П. Павлова, получившей позднее название теории классических условных рефлексов (в противоположность теории инструментальных условных рефлексов), можно объяснить только небольшую часть реального поведения человека. На основе К. о. созданы методы поведенческой психотерапии (такие, как методика контроля стимула, авersive приемы и др.).

См. также *Бихевиоризм*.

**КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Относится к числу концепций экзистенциально-гуманистического направления, разработана *Роджерсом* (Rogers C. R., 1951).

Использование автором понятия «клиент» наряду с «пациент» подчеркивает признание потенциала самостоятельности, активности больного на всех этапах психотерапии, начиная с постановки задачи. Суть метода заключается в том, что психотерапевт входит в такой контакт с пациентом, который воспринимается им не как лечение и изучение его с целью диагностики, а как глубоко личный контакт.

Согласно Роджерсу, индивид взаимодействует с реальностью, руководствуясь врожденной тенденцией организма к развитию своих возможностей, обеспечивающих его усложнение и сохранение. Осуществляется организмический оценочный процесс: организм испытывает удовлетворение при тех стимулах или поведенческих актах, которые усложняют и сохраняют организм и «Я» как в непосредственном настоящем, так и в отдаленном будущем; поведение направлено в сторону приближения к положительно оцениваемым опытным данным и избегания данных, получивших отрицательную оценку.

По мере возникновения *осознания* «Я» у индивида развивается потребность в положительной оценке значимым окружением. В дальнейшем удовлетворение или фрустрация положительной оценки начинает переживаться независимо от взаимодействия с социумом и обозначается как самооценка. Так как Я-переживания индивида воспринимаются значимыми людьми как менее или более заслуживающие положительной оценки (т. е. Я-переживания приобретают условия оценки), то и самооценка становится селективной. Из-за этой избирательности опыт воспринимается тоже селективно, на основе условий оценки, он может быть искажен и неосознаваем.

Вследствие этого индивид утрачивает интеграцию, его концепция «Я» включает искаженные восприятия, неправильно репрезентирующие опыт; поведение регулируется то со стороны «Я», то теми аспектами опыта, которые не включены в «Я», что сопровождается напряженным и неадекватным функционированием. Это — главное отчуждение в человеке. Он изменяет природному, организмическому оцениванию, которое перестает быть регулятором поведения. Ради сохранения положительной оценки индивид начинает фальсифицировать свои переживания и воспринимать их по критерию ценности для окружающих. Как следствие такой неконгруэнтности (несоответствия) между «Я» и опытом возникает неконгруэнтность в поведении и процесс защиты. Однако если степень неконгруэнтности велика, то защита не срабатывает, и тогда имеет место дезорганизация функционирования индивида.

Теория психотерапии состоит из множества «если... то». Если существуют определенные

условия, то будет происходить процесс, включающий определенные характерные элементы. Если данный процесс происходит, то последуют определенные изменения личности и поведения.

1. Условия психотерапевтического процесса:

- 1) два индивида состоят в контакте;
- 2) пациент находится в состоянии неконгруэнтности, являясь ранимым или тревожным;
- 3) психотерапевт является конгруэнтным в отношениях;
- 4) психотерапевт переживает безусловную положительную оценку по отношению к пациенту;
- 5) психотерапевт переживает эмпатическое понимание внутренней системы координат пациента (об условиях, относящихся к психотерапевту, см. также *Триада Роджерса*);
- 6) пациент переживает, хотя бы в минимальной степени, условия 4-е и 5-е, т. е. безусловную положительную оценку и эмпатическое понимание его психотерапевтом.

Коммуникации психотерапевта могут иметь как вербальную, так и невербальную природу, важно лишь, чтобы, как это указано в условии 6, коммуникация была воспринята, была эффективной. Технические средства являются дополнением позиции психотерапевта и сами по себе не обеспечивают психотерапевтического продвижения. Наиболее используемыми приемами являются:

— *вербализация* — высказывание другими словами того, что сообщил пациент, избегая истолкования, привнесения своего материала. Это перефразирование, имеющее целью выделить наиболее существенное и обратить внимание больного на «острые углы», а также показать, что его не только слушают, но и слышат;

— умелое использование молчания, молчаливое принятие;

— отражение эмоций — повторяются те слова пациента, в которых непосредственно выражаются эмоции.

Роджерс подчеркивал, что вопрос должен стоять не о том, как вести себя психотерапевту, а о том, каким ему быть. Он является яростным противником нозологии, любых классификаций, так как они представляют собой результат интеллектуальных усилий психотерапевта, при наличии которых непосредственно воспринимаемая ситуация пациента искажается опытом врача. В К.-ц. п. считаются приемлемыми одни и те же условия, независимо от частных характеристик самого пациента. Со ссылкой на опыт автор метода указывает, что нет ни необходимости, ни пользы в том, чтобы строить определенные отношения в зависимости от типа пациента.

Доминанта этой части концепции — пункт 3, конгруэнтность, или подлинность, психотерапевта в отношениях, т. е. психотерапевту следует правильно символизировать собственный опыт. Общая тенденция направлена на выражение или сообщение пациенту своих устойчивых чувств.

Однако не следует ожидать от психотерапевта, чтобы он был вполне конгруэнтной личностью в каждый конкретный момент. Вышеприведенные условия — это условия идеальные, т. е. должны соблюдаться до определенной степени. Но чем более они выражены, тем с большей вероятностью будет идти процесс психотерапии и тем значительнее степень происходящей при этом реорганизации личности.

2. Процесс психотерапии.

Когда созданы указанные выше условия, осуществляется психотерапевтический процесс, для которого характерно следующее:

- 1) пациент все более свободен в выражении своих чувств, которое осуществляется по вербальным и моторным каналам;
- 2) его выраженные чувства имеют все большее отношение к «Я» и все реже остаются безликими;
- 3) все чаще он дифференцирует и распознает объекты своих чувств и восприятий, включающие среду, окружающих лиц, собственное «Я», переживания и взаимоотношения между ними;
- 4) его выраженные чувства все больше относятся к несоответствию между каким-то из его переживаний и его концепцией «Я»;
- 5) пациент начинает осознавать угрозу такого несоответствия;
- 6) он осознает переживание чувств, в отношении которых в прошлом отмечались отказы или искажения;
- 7) концепция «Я» реорганизуется таким образом, чтобы ассимилировать и включить эти ранее искажаемые и подавляемые переживания;

8) по мере реорганизации концепция «Я» включает такие переживания, которые ранее были слишком угрожающими, чтобы осознаваться. Иными словами, ослабляются механизмы защиты;

9) пациент развивает способность переживать безусловное положительное отношение со стороны психотерапевта без какого бы то ни было чувства угрозы;

10) он все отчетливее чувствует безусловную положительную самооценку;

11) источником представления о себе все в большей степени являются собственные ощущения;

12) пациент реже реагирует на опыт, исходя из оценок, даваемых значимым окружением; чаще как удовлетворительные расцениваются те стимулы или поведенческие акты, которые сохраняют и усложняют организм и «Я» как в непосредственном настоящем, так и в отдаленном будущем.

Такая последовательность наблюдается на практике, и, когда возникает вопрос «почему?», Роджерс подчеркивал, что при любых теоретических объяснениях возможна ошибка, но это не влияет на зависимость «если... то».

3. Исход психотерапии относительно личности и поведения.

Между процессом и исходом не существует четкой границы. Традиционно исход понимается как относительно постоянные изменения. К их числу относятся следующие:

1) пациент становится более конгруэнтен, более открыт для опыта, менее защищен;

2) вследствие этого он более реалистичен, объективен, экстенционален в восприятии;

3) он эффективнее решает свои проблемы;

4) психологическая приспособляемость улучшается, приближаясь к оптимальной;

5) уменьшается ранимость;

6) восприятие своего идеального «Я» более реалистично и доступно;

7) вследствие увеличения конгруэнтности уменьшается напряжение всех типов — физиологическое, психологическое, а также особый тип психологического напряжения, определяемый как тревожность;

8) повышается степень положительной самооценки;

9) пациент воспринимает место оценки и место выбора локализованными внутри самого себя, доверяет себе;

10) он более реалистичен, правильно воспринимает окружающих;

11) он сильнее переживает принятие в отношении других людей вследствие меньшего искажения их в своем восприятии;

12) происходят различные изменения в поведении, поскольку увеличивается доля опыта, ассимилированного в Я-структуру, и, следовательно, увеличивается доля поведения, которое может быть «присвоено» как принадлежащее «Я»;

13) окружающие воспринимают поведение пациента как более социализированное, более зрелое;

14) поведение пациента более креативно, более адаптивно по отношению к каждой новой ситуации и к каждой вновь возникающей проблеме и, кроме того, представляет более полное проявление экспрессии его собственных намерений и оценок.

Развивая теорию К.-ц. п., автор неоднократно модифицировал свое понимание роли психотерапевта. Если в первый период недирективной психотерапии акцентировалось внимание на создании климата невмешательства, то во второй — задачей психотерапевта является отражение эмоций пациента (роль «зеркала») и избегание угрозы в отношениях с ним. Третий период связан с осмыслением процессов и опыта *психотерапевтических групп*.

Подчеркивается роль выражения чувств самим психотерапевтом, более полного их выражения, что способствует быстрому психотерапевтическому эффекту. Развитие К.-ц. п. шло в направлении увеличения личностной включенности психотерапевта.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ.** В самом общем плане можно говорить о двух клинических предпосылках широкого и эффективного применения психотерапии. Во-первых, это прямое использование ее лечебного действия при большом круге заболеваний, в этиопатогенезе которых психическому фактору принадлежит определяющая (неврозы) либо весьма существенная роль (другие пограничные состояния, психосоматические расстройства и пр.). Во-вторых, ее лечебно-профилактическое значение с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни, их последствия, влияния специфических соматических расстройств на психологическое

функционирование индивида, его поведение и пр.

Что же касается целей, задач, выбора методов психотерапии, то они определяются конкретными клиническими характеристиками больного и болезни:

- личностными особенностями пациента и реакциями его на болезнь;
- психологическими факторами этиопатогенеза заболевания;
- нозологической принадлежностью болезни и ее этапами;
- структурно-организационными рамками, в которых проводится психотерапия.

Понятие личностного подхода, традиционно подчеркиваемое в отечественной литературе (Платонов К. К., 1977), является одним из важнейших теоретико-методологических принципов медицины. Поэтому крайне актуальным представляется детальное исследование клинических особенностей личности больного, их трансформации в процессе развития болезни. Это необходимо как для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, так и лечебно-восстановительной практики, психотерапевтической и психокоррекционной работы.

Значимость указанных исследований возрастает ввиду усиливающейся тенденции к выведению ряда личностных характеристик и расстройств непосредственно из патологии мозга, чему немало способствовало установление важной роли лимбико-ретикулярного комплекса в психической деятельности. При всем значении исследований в области «неврологии личности» выяснение генеза личностных особенностей требует одновременного анализа сложных явлений индивидуальной и социальной психологии личности.

Яркой моделью, которую можно использовать для рассмотрения трансформации личностных особенностей в связи с задачами психотерапии, является невротическое заболевание («болезнь личности») с его различными стадиями (Карвасарский Б. Д. и др., 1983). При невротической реакции в картине личностных нарушений на первом месте оказываются расстройства, связанные преимущественно с особенностями темперамента. К таким первичным личностным особенностям могут быть отнесены повышенная аффективность больного истерией, тревожность и ригидность обсессивного больного, повышенная истощаемость больного неврастениями. Однако сами по себе эти особенности могут быть причиной лишь кратковременной невротической реакции, развившейся в трудной, психотравмирующей ситуации. В данном случае можно говорить не столько о психогенной, сколько об эмоциогенной ситуации. Вторая стадия невротического заболевания — стадия собственно невроза, психогенного расстройства, в основе которого лежит нарушение значимых отношений личности. Неуверенность в себе, поиски признания как черты невротической личности и есть по сути дела зафиксированное и устойчивое отношение к себе. На третьей стадии невроза — при затяжном его течении и невротическом развитии — отмечается усиление этих черт до степени характерологических акцентуаций и психопатических особенностей, которые во многом определяют поведение человека и его дезадаптацию.

В качестве примера соотношения первичных, вторичных и третичных особенностей личности у больного неврозом можно привести личностные нарушения у пациента с истерической формой невроза (Мясищев В. Н., 1960). На базе первичной аффективной неустойчивости больного истерией в качестве вторичных личностных особенностей возникает неуверенность в себе и в то же время потребность в признании, а в качестве третичных — демонстративность и претенциозность. Таким образом, первичные личностные черты, связанные с особенностями темперамента, выражаются прежде всего в аффективной сфере; вторичные черты проявляются в нарушении системы отношений и являются глубинными личностными нарушениями, проблемами внутренними, «для себя»; третичные личностные черты обнаруживаются уже на поведенческом уровне и могут выражаться, например, в трудностях общения, межличностного функционирования, т. е. в трудностях и проблемах «с другими и для других». Появление третичных, а иногда и вторичных личностных образований у больных неврозами обусловлено, как правило, регулятивными целями сохранения существующей системы отношений, отношения к себе и самооценки, обеспечивающих ее целостность и устойчивость. Это означает, что третичные личностные образования у больных неврозами — особенности поведения и межличностного функционирования — выполняют своего рода защитную функцию, функцию сохранения существующей системы отношений, сохранения хотя бы внешней позитивной самооценки и уверенности в себе. В картине болезни при этом выступают психологические механизмы,



свидетельствующие, с одной стороны, о явлениях дезадаптации и сохранении личностных расстройств, а с другой стороны, указывающие на возможные пути их коррекции. Речь идет о невротических защитных механизмах.

Рассмотренные особенности личности — первичные, вторичные и третичные — пациента, страдающего неврозом, играют существенную роль при выборе оптимальной психотерапевтической тактики. Если при первичных личностных расстройствах существенную роль в терапии могут приобретать биологические методы лечения (в том числе современные психотропные средства), то коррекция вторичных личностных нарушений, нарушений системы отношений личности требует уже проведения личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии как в индивидуальной, так и особенно в групповой форме. Коррекция третичных личностных расстройств при неврозах, которые обнаруживаются в поведенческой сфере, более конструктивно протекает при дополнении патогенетической психотерапии различными методами *поведенческого тренинга*. Соответствующим образом учет первичных, вторичных и третичных личностных особенностей больных неврозами позволяет более целенаправленно использовать и иные формы психотерапии (суггестию, аутосуггестию и др.).

Воздействие различных лечебно-восстановительных методов (в том числе имеющих психотерапевтическую направленность) и их соотношение, обусловленное наличием первичных, вторичных и третичных личностных образований, можно проследить не только при невротических расстройствах, но и на моделях эпилепсии как органического заболевания головного мозга и ишемической болезни сердца в качестве психосоматического заболевания.

Так, у больных эпилепсией, как и у больных неврозами, можно выделить первичные, вторичные и третичные личностные особенности. Первичные (замедленное протекание психических процессов, эмоциональная возбудимость, вязкость аффекта и др.) отражают особенности церебральной нейродинамики больных; вторичные (псевдонормативность, назойливость и др.) возникают в качестве компенсации на основе первичных путем сложного взаимодействия психопатологических и микросоциальных факторов; третичные особенности (чувство неполноценности, отгороженности и пр.) связаны с реакцией на заболевание и обусловлены неудовлетворением из-за болезни значимых для личности потребностей. Вторичные образования в структуре личности больного, страдающего эпилепсией, возникают путем патологического взаимодействия больного с его ближайшим окружением. Характерной особенностью этого взаимодействия является наличие порочного круга реакций окружающих на первичные симптомы, имеющиеся у больного, с изменением отношения к нему и ответных реакций больного, связанных с этими изменениями. Отношение к заболеванию принимает участие у больных эпилепсией как в формировании вторичных, так и в особенности третичных личностных образований. Опыт лечебно-восстановительной работы с больными эпилепсией показывает, что учет первичных, вторичных и третичных особенностей личности позволяет наиболее эффективно построить процесс терапии. Третичные образования, непосредственно не связанные с биологическими предпосылками и имеющие психологическую природу, оказываются наиболее доступными психотерапевтическим и психокоррекционным воздействиям. В определенной, но меньшей степени это относится и к вторичным личностным особенностям при эпилепсии, представляющим собой компенсаторные структуры, возникшие в процессе сложного взаимодействия биологических и психосоциальных факторов. И в данном случае постановка задач и выбор конкретных психотерапевтических приемов для их решения опираются на представление об особенностях личности больного и их динамической трансформации в процессе болезни.

Определенную аналогию можно провести, коснувшись особенностей личности больного ишемической болезнью сердца — одного из наиболее распространенных сегодня психосоматических заболеваний. В структуре личности этих больных также можно выделить первичные, вторичные и третичные личностные образования. В качестве первичных, связанных главным образом с нарушением нейродинамических процессов, можно указать тревогу и страх, особенно характерные для начала заболевания и сопровождающие стенокардические приступы. На основе указанных расстройств формируется определенное отношение к болезни. При ишемической болезни оно может быть двух типов: с недооценкой и переоценкой пациентом тяжести болезненного состояния. Под влиянием этих установок формируются третичные личностные образования: анозогностическая установка приводит к

игнорированию болезни и нередко ее утяжелению; в то же время переоценка тяжести болезни, оберегающее отношение самого больного, мужа (жены) и других членов семьи с целью уменьшения риска повторного инфаркта приводит к формированию ипохондрических особенностей, вследствие чего больной ограничивает свои социальные контакты. Его сфера общения и круг интересов сужаются, т. е. происходит нарушение социального функционирования. И в данном случае эффективным может быть психотерапевтическое воздействие не «вообще», а лишь с учетом типа личностных нарушений разноуровневого характера. Следовательно, психотерапия должна носить содержательный характер.

Изучение феноменологии личностных расстройств и их динамической трансформации в процессе развития болезни, помимо теоретического, имеет и большое практическое значение, способствуя эффективному проведению психотерапии, подбору адекватного соотношения ее с биологическими воздействиями с учетом различного уровня нарушений в структуре личностных расстройств.

Другими примерами клинической направленности психотерапии является выбор психотерапевтических подходов, методов и содержания психотерапевтических воздействий при акцентуациях характера и психопатиях.

Если личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия больше предназначена для лечения невротических расстройств и опирается на психологические основы в понимании механизмов неврозов, то разработанная М. Е. Бурно (1989) терапия творческим самовыражением психопатичных и хронически-шизофреничных расстройств, в особенности с дефензивными проявлениями, соответственно опирается на тщательный учет клинических особенностей пациента.

Автор указывает следующие особенности работы в терапии творческим самовыражением применительно к пациентам различных групп: 1) применительно к психастеникам — научно-лечебная информация, чувственное оживление; 2) астеникам — забота, доброта, художественные, лирические эмоции; 3) дефензивным циклоидам (обычно склонным к вере в своего психотерапевта) — краткая научно-лечебная информация, эмоционально-подробное, юмористически мягкое, жизнеутверждающее воздействие авторитетом психотерапевта; 4) дефензивным шизоидам — помощь в творческом, общественнополезном выражении своей аутичности, видении подлинных ценностей в людях другого склада; 5) дефензивным эпилептоидам — помощь в поисках положительного в людях, не согласных в чем-то с ними, общественнополезном претворении в жизнь своей честной авторитарности; 6) дефензивным истерическим психопатам — помочь научиться заслуживать внимание людей пусть демонстративным, но общественнополезным самовыражением; 7) ананкастам — помочь сделать навязчивые переживания содержанием творчества; 8) дефензивным малопрогрессирующе-шизофреническим пациентам — на почве особого интимного психотерапевтического контакта (невозможного в работе с психопатами) помочь пациенту, неустанно его активируя, творчески, общественнополезно выразить в жизни свою личностную полифонию, расщепленность-сюрреалистичность, имеющую свою особую гармонию.

В несколько ином, но также в клиническом плане рекомендует учитывать тип психопатии и акцентуации характера при выборе психотерапевтических вмешательств А.Е. Личко (1985).

При гипертимных психопатиях доверие обычно легко устанавливается, если пациент чувствует к себе доброжелательное отношение, искренний интерес к его проблемам, желание вместе с ним искать выход из трудной ситуации. Надо избегать чрезмерной директивности, и наоборот, следует опасаться утраты дистанции, фамильярности. Не нужно демонстрировать равенство отношений. Пациент скорее почувствует расположение к врачу, если увидит в нем независимую самостоятельную личность. В отношении же медико-педагогических мероприятий следует добавить, что адаптация лучше осуществляется в среде, где открывается возможность для применения инициативы, энергии, для широких контактов, — в большом коллективе, на разнообразной работе, при непрерывной смене обстановки и впечатлений. Слишком размеренный режим закрытых учреждений переносится плохо, толкает на конфликты и ведет к декомпенсации. При лабильно-аффективной психопатии психотерапия бывает действенной, если подросток сразу чувствует искреннюю благосклонность к нему. Установившийся контакт эти подростки нередко стремятся сохранить возможно дольше. Направление психотерапевтических усилий постепенно можно менять от успокоения к руководству поведением. При сенситивной психопатии следует учитывать, что за внешней замкнутостью обычно скрывается большая

потребность поделиться переживаниями. Необходимы многократные продолжительные беседы с перебором фактов и ситуаций, опровергающих убежденность подростка в его неполноценности и неблагоприятном отношении к нему окружения. В трудовых рекомендациях необходимо побуждать не страшиться выбрать профессию, соответствующую возможностям. Ситуация, стимулирующая чувство ответственности, убежденность, что подросток «нужен другим», может способствовать компенсации. При психастенической психопатии склонность к *самоанализу* и самокопанию может превратить внешне, казалось бы, успешную психотерапию в пустую словесную жвачку, никак не сказывающуюся на поведении. Необходимо побуждать, тренировать и развивать те сферы психической жизни, которые слабы, — живое восприятие, умение схватить мельком увиденное, нужно даже поощрять фантазирование. Рекомендованные занятия спортом часто забрасываются из-за неудач или превращаются в навязчивый ритуал. Смысл их состоит в том, чтобы пробудить гедоническую радость ощущения своего тела в движении. В связи с тем, что нижние конечности у психастеника обычно развиты лучше, чем верхние, начинать надо с бега, лыж, велосипеда и т. п. и в дальнейшем стараться всячески разнообразить занятия. В области трудовых рекомендаций следует избегать всех ситуаций, создающих чрезмерную нагрузку на чувство ответственности. Психотерапия очень важна при шизоидной психопатии, но добиться неформального контакта бывает нелегко. Прихотливая избирательность шизоида в выборе симпатий и антипатий, казалось бы, обрекает на неудачу все заранее заготовленные схемы. Вначале обычно приходится говорить больше самому психотерапевту, и лучшая тема для этого — трудность контактов вообще и судьба людей, которым они нелегко даются. Признаком преодоления психологического барьера служит момент, когда шизоидный подросток начинает говорить сам; чем дальше, тем раскрытие может быть все более полным. Нужно лишь учитывать истощаемость шизоида. При трудовых рекомендациях необходимо по возможности учитывать увлечения — выбор профессии желателен по возможности близкий к ним. Сами подростки нередко мечтают о профессии, сопряженной с изоляцией в малых группах от шумного мира, в их представлении связанной с «уединением». От такого выбора следует предостерегать, так как он бросает их в самую трудную для них ситуацию — контакт со всеми членами малых изолированных групп неминуемо должен стать неформальным. Эпилептоидные подростки в моменты дисфорий и аффективного напряжения больше всего нуждаются в успокаивающих психотропных средствах. Их лучше на время оставить в покое и контакт устанавливать, когда эти состояния минуют. В процессе психотерапии следует учитывать внимание эпилептоидного подростка к своему здоровью, собственному благополучию. Беседы должны быть обстоятельными и неторопливыми. Подростка нужно побуждать «выговариваться» — это снимает напряжение. Совместному обсуждению сперва лучше подвергнуть положительные его качества: любовь к порядку, способности к ручному мастерству. Отрицательные свойства — взрывчатость, гневливость, несдержанность в состоянии аффекта — признаются самим подростком, если установлены доверие и контакт. В трудовых рекомендациях надо иметь в виду их медлительность, инертность и склонность к аккуратности. Истероидная психопатия представляет собой наиболее трудный объект и для психотерапии, и для медико-педагогических рекомендаций. *Гипноз* при нарушениях поведения является совершенно недейственным методом. Успех корригирующих поведение усилий зависит от того, насколько удастся отыскать сферу, где эгоцентрические потребности подростка могут быть удовлетворены без ущерба для окружающих (например, занятия художественной самодеятельностью). Выбор подходящей профессии затруднен из-за крайне завышенного уровня притязаний. Родным и близким надо объяснить, что нарушения поведения обычно носят демонстративный характер, поэтому они должны встречать спокойное осуждение без сцен, скандалов, бурных обсуждений с привлечением знакомых и всякого рода посредников, которые обычно становятся для истероидного подростка только желанными зрителями. Однако никогда проступки не должны оставаться незамеченными и безнаказанными — это может только подталкивать на более серьезные нарушения. Подростки неустойчивого типа требуют твердого, даже властного руководства. Психотерапия должна быть преимущественно директивной. Строгий режим, неусыпный надзор, неизбежность наказаний за проступки действуют наиболее эффективно.

Специфические подростковые поведенческие реакции (эмансипация, группирование, увлечение и др.) должны также учитываться при проведении психотерапевтической работы с подростками.

Только хорошее владение клиническим методом позволит врачу-психотерапевту составить

адекватную лечебную (в том числе психотерапевтическую) программу при сложных, нередко встречающихся в современной врачебной практике сочетаниях невротического и органического компонентов в картине заболевания и выбрать наиболее адекватное соотношение психотерапии и биологической терапии в каждом отдельном случае, о чем свидетельствуют данные следующих исследований. Были изучены варианты личностного реагирования на болезнь и особенности социально-трудовой адаптации 100 больных с невротоподобными вариантами органических заболеваний головного мозга по данным многолетнего катамнеза — до 20 лет (Конюхова Е. Н., 1983). Во всех случаях диагноз органического заболевания головного мозга (энцефалит, арахноидит, диэнцефалит) был верифицирован тщательным неврологическим обследованием. Выделено три группы больных: 1) с активной позицией в преодолении болезни и устойчивой социально-трудовой адаптацией; 2) с зависимостью от врача и внешних обстоятельств и неустойчивой социально-трудовой адаптацией; 3) с уходом в болезнь и значительным снижением социально-трудовой адаптации. Работа представляет интерес в том отношении, что группы больных с различным терапевтическим исходом статистически не различались по степени выраженности неврологической симптоматики и органических церебральных изменений; достоверные же различия установлены по выраженности личностных нарушений в преморбиде: направленности личности, характеру сопутствующих невротических проявлений, динамике психотравмирующей ситуации. Показано, что тип личностного реагирования на болезнь и особенности социально-трудовой адаптации обследованных больных в катамнезе определяются выраженностью не столько органического, сколько психогенно-невротического компонента заболевания и адекватностью выбора и проведения психотерапевтических мероприятий. Общий терапевтический эффект при использовании личностно-ориентированных (реконструктивных) форм психотерапии был выше, чем при применении симптоматических методов (суггестия, *релаксация* и др.).

Клинический характер психотерапии предполагает также учет особенностей такого важного аспекта патологии, как внутренняя картина болезни. Так, больные невротами с «психоцентрированным типом» внутренней картины болезни мотивированы на лечение методами психотерапии, в то же время больные с «соматоцентрированным типом» — на фармакотерапию (Ташлыков В. А., 1986). Знание и учет структуры внутренней картины болезни у больных с малопрогредиентной шизофренией также позволяет правильно обосновать выбор психотерапевтических мероприятий (Костерева В. Я., 1979). При ипохондрическом и паническом отношениях одной из многих психотерапевтических задач является «коррекция масштаба переживаний» болезни. При рационализирующем и отрицающем отношениях основная задача психотерапии — способствовать достижению *осознания* факта болезни и формированию адекватного к ней отношения.

Нельзя не отметить роль катамнеза в психотерапии. Катамнез используется для подтверждения установленного диагноза, изучения динамики заболевания, сравнения непосредственных и отдаленных результатов психотерапии на разных этапах лечебного процесса. Особое значение катамнестический метод приобретает при использовании личностно-ориентированных систем психотерапии, где степень клинического улучшения и его устойчивость во многом определяются дополнительными (помимо собственно клинического) психологическими критериями. Метод катамнеза позволяет более адекватно решать также вопрос о целесообразности суппортивной (поддерживающей) психотерапии.

Клинический подход к проведению психотерапии, помимо учета нозологического характера болезни, ее патогенетических механизмов, закономерностей течения, включает в себя также постановку целей, задач, выбор методов психотерапии, адекватных различным организационным формам, в которых она осуществляется: учреждения амбулаторного, полустационарного, стационарного, санаторного и других типов.

См. также *Организация психотерапевтической помощи, Психотерапия в неврологии, Психотерапия при невротических и других пограничных состояниях, Психотерапия при психозах, Психотерапия при соматических заболеваниях, Психотерапия при хронических заболеваниях.*

**КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Основные положения К. п. были сформулированы Беком (Beck A. T.) независимо от Эллиса (Ellis A.), который в 1950-е гг. разработал метод *рационально-эмоциональной психотерапии*. Как самостоятельное направление К. п. сформировалась уже позже — в 1960-е гг. К. п. представляет собой развитие *поведенческой психотерапии*, в которой эмоциональные реакции и психические расстройства рассматриваются как опосредованные когнитивными структурами

и актуальными когнитивными процессами, приобретенными в прошлом, иными словами, в которой в качестве промежуточных переменных выступает мысль (когниция).

Подобно рационально-эмоциональной психотерапии, К. п. исходит из того, что восприятие объекта или события опосредуется мышлением и, только осознав это опосредующее звено, можно понять реакцию индивида, прежде всего ее эмоциональные и поведенческие аспекты. Схема взаимодействия окружения и индивида представляется в виде  $S \rightarrow O \rightarrow R$  (стимул — реакция с промежуточной переменной О, включающей прежде всего когнитивную переработку воспринятого). К. п. исходит из положения, что психологические нарушения, предшествующие этапу нейрофизиологических расстройств, связаны с аберрацией мышления. Под аберрацией мышления Бек понимал нарушения на когнитивной стадии переработки информации (обозначение, селекция, интеграция, *интерпретация*), которые искажают видение объекта или ситуации. Искаженные когниции являются причиной ложных представлений и самосигналов и, следовательно, неадекватных эмоциональных реакций. Поэтому целью К. п. является исправление неадекватных когниции. При К. п. считается весьма желательным максимальное использование опыта пациента в позитивном решении жизненных задач и генерализации правил их решения на проблемные сферы. Бек сравнивал работу, которую проводит когнитивный психотерапевт, с коррекцией двигательного стереотипа при игре на музыкальном инструменте. *Осознание* правил неадекватной обработки информации и замена их правильными — таковы главные задачи К. п. Она наиболее показана людям со способностью к самонаблюдению и анализу своих мыслей. К. п. предполагает взаимное сотрудничество психотерапевта и пациента при отношениях между ними, близких к партнерским. Пациент и психотерапевт должны в самом начале достичь согласия в отношении цели психотерапии (центральной проблемы, подлежащей коррекции), средств ее достижения, возможной продолжительности лечения. Чтобы психотерапия была успешной, пациент должен в общем принять базисное положение К. п. о зависимости эмоций от мышления: «Если мы хотим изменять чувства, надо изменять вызвавшие их идеи». Установление контакта может начаться с принятия психотерапевтом некоторых представлений пациента о болезни с постепенным переводом его на позиции К. п. Слепое следование за психотерапевтом и повышенный скептицизм — два полюса негативного отношения к предстоящему лечению. Поэтому приведение подобных позиций к центру — залог успешности психотерапии.

Важная задача начального этапа — сведение проблем (идентификация проблем, имеющих в основе одни и те же причины, и их группировка). Эта задача относится как к симптомам (соматическим, психопатологическим), так и к эмоциональным проблемам. При этом достигается укрупнение мишеней психотерапевтического воздействия. Другим вариантом сведения проблем является идентификация первого звена в цепи симптомов, который и запускает всю цепь, что иногда приводит к выходу на перцептивный уровень.

Следующий этап — осознание, *вербализация* неадаптивных когниций, искажающих восприятие реальности. Для этого может быть использовано несколько приемов, например экспериментальный метод. В этом случае пациент получает подробные представления о некоторых положениях К. п. с обращением особого внимания на необходимость проведения различий между объективной реальностью (сенсорный уровень обработки информации) и воспринятой реальностью. Уровень субъективного восприятия зависит от когнитивных процессов и связан с интерпретацией — обработкой сигналов первого уровня. На этом уровне могут быть значительные искажения из-за сбоев, ошибок и протекания когнитивных процессов, из-за автоматически включающихся в этот процесс оценочных когниций. Экспериментальный метод предполагает погружение пациента в значимые ситуации, в том числе по принципу «здесь и теперь», в присутствии психотерапевта. Обращение внимания пациента на параллельно текущий поток мыслей в такой ситуации, вербализация этих мыслей обучают пациента методике последовательного анализа своего восприятия объекта или события. Распознавание неадаптивной когниций может быть облегчено с помощью приема коллекционирования автоматических мыслей. Термин «неадаптивная когниция» применяется к любой мысли, вызывающей неадекватные или болезненные эмоции и затрудняющей решение какой-либо проблемы. Пациенту предлагается сосредоточиваться на мыслях или образах, вызывающих дискомфорт в проблемной ситуации или сходных с ней. Неадаптивные когниции, как правило, носят характер «автоматических мыслей». Они возникают без какого-либо предварительного рассуждения, рефлексивно и для пациента

всегда имеют характер правдоподобных, вполне обоснованных, не подвергаемых сомнению. Они произвольны, не привлекают его внимания, хотя и направляют его поступки. Сфокусировавшись на них, пациент может распознать их и зафиксировать. Обычно вне значимой, проблемной ситуации эти мысли осознаются с трудом, например у лиц, страдающих фобиями. Опознание их облегчается при реальном приближении к такой ситуации. Неоднократное приближение или погружение в ситуацию позволяет сначала осознать, осуществить «коллекционирование» их, а впоследствии вместо сокращенного, как в телеграмме, варианта, представить его в более развернутом виде. Метод «заполнения пустот» используется, когда уровень испытываемых эмоций или симптомов носит умеренный характер и когний, сопровождающие их, недостаточно оформлены, нечетки. В этом случае используется схема анализа, предложенная Эллисом и названная им схемой *A, B, C*. Пациент обучается наблюдать за последовательностью внешних событий (*A*) и реакцией на них (*C*). Последовательность становится ясной, если пациент заполняет пустоту в своем сознании, которая явится связующим звеном между *A* и *C*, т. е. обозначит *B*. Это мысли или образы, возникавшие в этот промежуток и делающие понятной связь между *A* и *C*. Следует вновь подчеркнуть, что в К. п. признается существование неадаптивной когниции как в образной, так и в вербальной форме.

После этапа обучения пациента умению идентифицировать свои неадаптивные когниции нужно научить его рассматривать их объективно. Процесс объективного рассмотрения мыслей называется отдалением; больной рассматривает свои неадаптивные когниции, автоматические мысли как обособленные от реальности психологические явления. Отдаление повышает способность пациента проводить разграничение между мнением, которое надо обосновать («я считаю»), и неопровержимым фактом («я знаю»), развивает умение осуществлять дифференциацию между внешним миром и своим отношением к нему. Прием обоснования, доказательства реальности своих автоматических мыслей больным психотерапевту облегчает дистанцирование от них пациента, формирует у него навык видеть в них гипотезы, а не факты. В процессе отдаления пациенту становится более ясным путь искажения восприятия события.

Следующий этап условно получил название этапа изменения правил регуляции поведения. Согласно К. п., люди для регуляции своей жизни и поведения других используют правила (предписания, формулы). Эта система правил в значительной степени предопределяет обозначение, истолкование и оценку событий. Правила регуляции поведения, которые носят абсолютный характер, влекут за собой регуляцию поведения, не учитывающую реальной ситуации и поэтому создающую проблемы для индивида. Для того чтобы у пациента не было таких проблем, ему необходимо модифицировать их, сделать их менее генерализованными, менее персонифицированными, более гибкими, больше учитывающими реальность. Содержание правил регуляции поведения центрируется вокруг двух основных параметров: опасности-безопасности и боли—удовольствия. Ось опасности—безопасности включает события, связанные с физическим, психологическим или психосоциальным риском. Хорошо адаптированный человек обладает достаточно гибким набором точных правил, позволяющим соотносить их с ситуацией, интерпретировать и оценивать имеющуюся степень риска. В ситуациях физического риска показатели последнего могут быть достаточно верифицированы по одной или нескольким характеристикам. В ситуациях психологической или психосоциальной угрозы верификация таких показателей затруднена. Например, человек, руководствующийся правилом «Будет ужасно, если я окажусь не на высоте», испытывает трудности в общении из-за неясного определения понятия «быть на высоте», и с этой же неопределенностью связана его оценка эффективности своих взаимодействий с партнером. Свои предположения о неудаче пациент проецирует на восприятие его другими. Все приемы изменения правил, имеющих отношение к оси опасности—безопасности, сводятся к восстановлению у пациента контакта с избегаемой ситуацией. Такой контакт может быть восстановлен при погружении в ситуацию в воображении, на уровне реального действия с четкой вербализацией новых правил регуляции, позволяющих испытывать умеренный уровень эмоций.

Правила, центрированные вокруг оси боли—удовольствия, приводят к гипертрофированному преследованию определенных целей в ущерб другим. Например, человек, следующий правилу «Я никогда не стану счастливым, если не буду знаменитым», обрекает себя на игнорирование других сфер своих отношений в угоду рабскому следованию этому правилу. После выявления таких позиций врач помогает пациенту осознать ущербность подобных правил, их саморазрушающий характер, объясняет,

что больной был бы счастливее и меньше страдал, если бы руководствовался более реалистическими правилами. Задача психотерапевта — помочь пациенту самому их найти. С ними тесно связаны правила, относящиеся к долженствованию (имеющие характер «тирании необходимости», по Хорни (Horney K.)). Понимание общей стратегии К. п. помогает избежать ненужных шагов при работе с пациентом. Этап самонаблюдения больного должен носить достаточный, но не избыточный характер и иметь своей целью обнаружение искажений, самозапретов, самопорицаний, установление всего диапазона правил, объясняющих появление соответствующей симптоматики, вызвавшей обращение пациента.

Перемена отношения к правилам саморегуляции, обучение видеть в мыслях гипотезы, а не факты, проверка их истинности, замена их новыми, более гибкими правилами — следующие этапы К. п. Вначале желательно использовать навыки продуктивного решения проблем пациентом в других сферах, а затем уже генерализовать эти навыки в проблемную сферу. Выделение этапов работы с пациентом допускает применение нескольких приемов, в том числе из других систем психотерапии, если они направлены на достижение той же цели.

К. п. относится к инсайт-ориентированным видам психотерапии (так же как и рационально-эмоциональная психотерапия). В рамках К. п. *инсайт* рассматривается как процесс установления связи между жизненными событиями и психологическими реакциями. Он направлен на раскрытие значения, которое индивид придает внешнему окружению и внутренним ощущениям.

К. п., как и другие виды реконструктивной психотерапии, стремится достичь структурных изменений в личности, в ее регулятивной системе, чтобы пациент соответствовал требованиям окружения и находился в большей гармонии с собственными потребностями. Основное переструктурирование осуществляется за счет замены неадаптивных когний. К. п. Использует то, что выводится из сознательного жизненного опыта, и не отыскивает скрытого символического значения в высказываниях пациента.

**КОГНИТИВНАЯ РЕАТРИБУЦИЯ ПО БЕКУ** (reattribution, alternative explanations). Методика, описанная Беком (Beck A. T.) в 1979 г., представляет собой последовательность действий с целью изменения патологизирующих пациента автоматизированных (навыковых) «цепочек мыслей». Включает три группы приемов.

1. Проверка наполненности когний пациента реальным содержанием. Осуществляется переход к более содержательному и многостороннему представлению об объекте патологизирующей пациента цепочки суждений (своем «Я», сфере деятельности, взаимоотношениях с другим человеком и т. п.).

2. Реатрибуция — помощь пациенту в выявлении несостоятельности представлений о причинах в патологизирующей его цепочке суждений. Объектом воздействия на этой стадии являются здравые суждения, которыми пациент привычно обосновывает свое чувство вины, тревогу, неполноценность, проявления агрессивности.

3. Закрепление новых атрибуций (в дискуссии, ролевой игре, в повседневной жизни).

Применение методики в психотерапевтической практике свидетельствует о ее эффективности при депрессивных неврозах, реактивных депрессиях, фобиях, истерических реакциях, зависимостях (наркотики, алкоголь). Противопоказано применение при психотических нарушениях (Beck A. T. et al., 1980; Hautzinger M., 1980).

**КОГНИТИВНО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Психотерапевтическая концепция, включающая в себя элементы аналитической и когнитивной психотерапии и использующая для анализа проблем пациента метод репертуарных решеток Келли (Kelly G. A.). Предложена английским психотерапевтом Риле (Ryle A., 1979).

К.-а. п. вначале рассматривалась как краткосрочная *психоаналитическая психотерапия* и имела типичные для подобных подходов черты: она была направлена на анализ проблем, содержащихся в биографии пациента и четко сфокусированных; анализ проводился совместно с пациентом, при высокой его мотивированности на участие в психотерапии с эмпатическим и открытым психотерапевтом. Впоследствии Риле искал возможности интенсификации психотерапии, которая предполагалась им как краткосрочная, но существенной причиной, затрудняющей и удлинявшей ее проведение, было непонимание пациентом психотерапевтических терминов. Риле не удовлетворяли, с одной стороны, бихевиористские модели терапии, предполагающие в качестве ее цели жалобы и формулировки самих

пациентов, с другой — модели краткосрочной психоаналитической психотерапии, в которой использовался язык *психоанализа*, практически непонятный пациенту и в краткосрочной модели взаимодействия неспособный стать основой *психотерапевтического контакта*. Возникла настоятельная потребность изменить язык описания процессов, обуславливающих проблемы, а также происходящих во время терапии. В качестве модели для описания психологических процессов был взят метод репертуарных решеток Келли, когнитивная теория и *когнитивная психотерапия*. Теоретической и методологической базой К.-а. п. некоторые последователи Риле считают также работы Л. С. Выготского.

Основная задача К.-а. п. — создание модели психологической проблемы, невроза или другого заболевания, которая была бы понятна пациенту и с которой он мог бы работать самостоятельно. Такое описание строится на основе метода репертуарных решеток Келли и представляет собой набор согласованных и логически взаимосвязанных временных гипотез, так называемый модуль процедурной последовательности, в котором взаимодействуют восприятие, эмоции, действия, мысли. Элементы модуля процедурной последовательности находятся в реципрокной зависимости, т. е. каждый элемент вызывает следующий, а последний вновь вызывает запускающий элемент, который часто воспринимается пациентом как основная проблема (жалоба). Для разрушения патологического поведенческого стереотипа в К.-а. п. применяются так называемые реципрокные ролевые процедуры, переводящие кажущуюся объективность существования нарушений в систему субъективную, управляемую самим пациентом. Этот теоретический аспект К.-а. п. явно обнаруживает важную для английской школы психоанализа идею о социальном детерминировании роли в условиях межперсонального взаимодействия, разработанную Кляйн (Klein M.). Для создания межперсональных влияний чаще всего используются вербальные приемы, приемы самонаблюдения пациентов в проблемных ситуациях, в том числе дневник самонаблюдения, а также карты и схемы о внутреннем мире пациента, которые составляются психотерапевтом и пациентом, а затем обсуждаются.

В К.-а. п. используются понятия «ловушки», «дилеммы» и «препятствия».

Под ловушками понимаются сложные повторяемые поведенческие шаблоны. Пример ловушки: чувство неуверенности пациента вызывает стремление демонстрировать уверенное поведение, что приводит к наблюдению за проявлениями уверенности у других и к копированию подобного поведения; это ведет к еще большему дистанцированию от окружающих и вызывает страх одиночества; с последним связан отказ от уверенной модели поведения, что в свою очередь способствует *осознанию* неуспешности и усилению чувства неуверенности. Начальным и конечным элементом указанного процесса является чувство неуверенности. Специфика психологической организации пациента такова, что любая попытка преодолеть чувство неуверенности приводит к его усилению.

Дилеммы — это стратегии поведения, построенные на альтернативном мышлении и предполагающие две взаимоисключающие формы поведения. Пример дилеммы, названной «ежики на снегу»: у пациента имеется выраженное стремление к близости с другим человеком. Однако форма близости такова, что при этом теряется самостоятельность, возникает ощущение зависимости. Самостоятельность же означает полную противоположность близости и вызывает чувство одиночества. Таким образом, у пациента дилемма: либо он самостоятельный, но одинокий, либо он близок с любимым человеком, но тогда зависим. Оба варианта не устраивают пациента, и он демонстрирует поочередно каждый из них, страдая при этом.

Под препятствием в К.-а. п. понимается такой вариант поведения, когда при постановке цели пациент не осознает и не учитывает серьезных ее аспектов. Примером такого поведения может служить попытка бросить курить. При этом цель — бросить курить — недостижима, поскольку при ее постановке пациент осознает только некоторые (видимые) аспекты курения (вред для здоровья и окружающих и пр.), но не осознает, что курение для него является важным элементом копинг-поведения и встроено в стратегию борьбы со стрессом. При любой попытке бросить курить нарастает дискомфорт и резко снижается толерантность к фрустрации и стрессу, что усиливает желание закурить.

В К.-а. п. любая психологическая проблема, неврозы и другие заболевания представляют собой комбинацию, подчас очень сложную, указанных «невротических способов поведения».

К.-а. п. эффективна, по мнению создателей метода, в отношении следующих групп пациентов: с общеневротическими проблемами, фобиями, невротическими депрессиями, личностными



нарушениями, нарушениями влечений; страдающих алкоголизмом, наркоманией и другими видами зависимости; больных диабетом и другими психосоматическими заболеваниями, отказавшихся от сотрудничества с врачами-интернистами.

В К.-а. п. выделяют следующие этапы работы с пациентами.

На диагностическом этапе происходит знакомство с проблемами пациента. Он продолжается 3-5 сессий и предполагает глубокое изучение биографии пациента (для установления начала заболевания и возникновения симптоматики). Важной задачей этого этапа является совместное с пациентом формулирование его проблем. Завершается диагностический этап передачей пациенту письма, в котором психотерапевт сообщает больному о согласии на проведение психотерапии, о понимании его жалоб, страданий и другой феноменологии заболевания. Далее излагаются эпизоды из биографии пациента, которые, по мнению психотерапевта, имеют отношение к настоящему заболеванию; раскрывается психологический смысл этих эпизодов. В последней части письма суммируется представление врача о причинах проблем пациента и его заболевания, раскрывается связь ситуации, в которой возникает симптоматика, с имеющимися «невротическими способами поведения» и сильным эмоциональным переживанием. Если необходимо, то приводится схема взаимодействия «невротических способов поведения», ситуаций и симптоматики. Письмо психотерапевта пациент читает сначала самостоятельно, а затем в присутствии врача. После прочтения уточняются формулировки и причины заболевания, а также начинается психотерапия — обсуждается и принимается план и цели психотерапии.

Терапия длится 9-12 сессий. В лечении применяются различные психотерапевтические методики и технические приемы. Смысл психотерапии заключается в том, что пациент, наблюдая за собой и обсуждая результаты этих наблюдений, начинает понимать, какие процессы управляют его жизнью. В психотерапии активно используются различные процедуры, например ведение домашнего дневника, в котором пациент описывает функционирование «невротических способов поведения» в условиях реальной жизни. На терапевтических сессиях, где чаще всего используют вербальные способы взаимодействия, активно применяется *обратная связь* с целью лучшего понимания причин проблем пациента. Активный этап терапии, в течение которого пациент научается видеть неадаптивные формы собственного поведения, длится обычно 5-6 сессий.

Через 2-3 месяца пациент приходит вновь для продолжения терапии, которая длится еще 3-4 сессии. На этом этапе психотерапевт и пациент обсуждают прогресс в состоянии пациента, новые формы поведения, их перспективность, вновь возвращаются к проблемному поведению с целью доработки самых сложных его элементов.

В некоторых случаях психотерапия проводится без перерыва на протяжении от полугода до года. Такой вариант ведения применяется для пациентов с ярко выраженными психологическими проблемами, а также с нарушениями влечений, страдающих алкоголизмом, наркоманиями и другими видами зависимости, для поддержания высокого уровня мотивации психотерапии и для эмоциональной помощи больному.

**КОГНИТИВНОЕ НАУЧЕНИЕ.** Включает в себя: *самоконтроль*, состоящий из последовательных этапов самонаблюдения, самоподкрепления и регулирующих самооценку; составление контрактов; работу в системе правил пациента.

Поведенческие правила позволяют систематизировать элементы поведения, которые можно представить следующей формулой: когда и в каких обстоятельствах делают то или другое и каковы последствия этого. Их называют еще *ABC-парадигмой*.

Задача психотерапевта — озвучить и вербализовать эту формулу.

Правила условно подразделяются так (Hoffman N., 1979):

- 1) правила, формулирующие ценностные установки, вызывающие определенные стимулы, которые субъективно воспринимаются по-разному, порождают у больных положительные или отрицательные эмоции (например: «Немытые овощи канцерогенны»);
- 2) правила, связанные с воздействием стимула (например: «После терапии все будет по-другому»);
- 3) поведенческие оценки (например: «Так как я заикаюсь, никто меня не слушает»);
- 4) правила, связанные с эмоционально-аффективным опытом личности (например: «При одном

воспоминании об экзамене у меня появляется дрожь в спине», «У меня нет больше надежды»);

5) правила, связанные с воздействием реакции (например: «Я буду более пунктуальным, чтобы не вызвать гнева шефа»);

6) правила, связанные с долженствованием и возникающие в процессе социализации личности (например: «Человек должен получить высшее образование, чтобы быть счастливым»).

В процессе терапии важно установить, кто и для чего создал то или иное правило, и попытаться произвести замену негативных правил на позитивные. Большое внимание уделяется целям обучения (психотерапии). Важно работать только над теми решениями и обязательствами, которые вербализуются через «я хочу», а не «хотел бы». Формулировать проблемы лучше понятными для пациента терминами, нужно также очертить барьер, который он хочет преодолеть (например: «Я хочу преодолеть страх общения с незнакомыми людьми»). На занятии можно предложить пациенту (например, методом «мозгового штурма») найти альтернативные решения своей проблемы, записать все идеи на доске и вместе с ним выбрать самые интересные.

Пока не достигнута одна цель, переходить к другой не следует.

*Психотерапевтические контракты* — это запись предполагаемых изменений со стороны пациента. По возможности выбирается не бросающийся в глаза и удобный метод протоколирования и фиксируются любые изменения в процессе психотерапии.

Таким образом, при К. н., в отличие от оперантного обучения, с индивидуумом не просто что-то происходит, а то, что он сам предпринимает на основе анализа поступающей информации.

Познавательный (когнитивный) подход, обладая чертами «поведенческого», отражает суть *рационально-эмоциональной психотерапии*.

Несовершенное мышление обнаруживается в том, что люди говорят сами себе; такой «саморазговор» воздействует и на поведение.

**КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Первый опыт применения поведенческой терапии основывался на теоретических положениях И. П. Павлова (*классическое обусловливание*) и Скиннера (Skinner B. F.), (*оперантное обусловливание*).

По мере того как новые поколения врачей применяли поведенческие техники, стало выясняться, что ряд проблем пациентов гораздо сложнее, чем сообщалось в прежних публикациях. Обусловливание адекватно не объясняло сложный процесс социализации и научения. Интерес к *самоконтролю* и саморегуляции в рамках поведенческой психотерапии приблизил «средовой детерминизм» (жизнь человека определяется прежде всего его внешним окружением) к реципрокному детерминизму (личность — не пассивный продукт среды, а активный участник своего развития).

Публикация статьи «Психотерапия как процесс научения» в 1961 г. Бандурой (Bandura A.) и его последующие работы были событием для психотерапевтов, ищущих более интегративные подходы. Бандура представил в них теоретические обобщения механизмов оперантного и классического научения и одновременно подчеркнул важность когнитивных процессов в регуляции поведения.

Модель обусловливания человеческого поведения уступила дорогу теории, основанной на когнитивных процессах. Эта тенденция была очевидной в реинтерпретации *систематической десенсибилизации* Вольпе (Wolpe J.) как противообусловливающей техники с точки зрения таких когнитивных процессов, как ожидание, копинг-стратегия и воображение, что привело к подобным специфическим направлениям терапии, как скрытое моделирование (Cautela J., 1971), *тренинг* навыков и умений. В настоящее время существует по меньшей мере 10 направлений психотерапии, делающих акцент на *когнитивном научении* и подчеркивающих значение того или иного когнитивного компонента (Beck A.T., 1976; Ellis A., 1977; Meichenbaum D., 1986). Приведем их общие принципы.

1. Многие симптомы и поведенческие проблемы являются следствием пробелов в обучении, образовании и воспитании. Чтобы помочь пациенту изменить неадаптивное поведение, психотерапевт должен знать, как проходило психосоциальное развитие пациента, видеть нарушения семейной структуры и различных форм коммуникации. Этот метод высокоиндивидуализирован для каждого пациента и семьи. Так, у пациента с личностным расстройством обнаруживаются в сильной степени развитые или недоразвитые поведенческие стратегии (например, контроль или ответственность), преобладают однообразные аффекты (например, редко выражаемый гнев у пассивно-агрессивной личности), а на когнитивном уровне представлены ригидные и генерализованные установки в

отношении многих ситуаций. Эти пациенты с детства фиксируют дисфункциональные схемы восприятия себя, окружающего мира и будущего, подкрепляемые родителями. Психотерапевту необходимо изучить историю семьи и понять, что поддерживает поведение пациента в дисфункциональной манере. В отличие от пациентов, имеющих диагноз 1-й оси, у лиц с личностными расстройствами труднее формируется «доброкачественная» альтернативная когнитивная система.

2. Имеются тесные взаимоотношения между поведением и средой. Отклонения в нормальном функционировании поддерживаются в основном подкреплением случайных событий в среде (например, стиль воспитания ребенка). Выявление источника нарушений (стимулов) — важный этап метода. Это требует функционального анализа, т. е. детального исследования поведения, а также мыслей и ответов в проблемных ситуациях.

3. Нарушения поведения являются квазиудовлетворением базисных потребностей в безопасности, принадлежности, достижении, свободе.

4. Моделирование поведения представляет собой одновременно обучающий и психотерапевтический процесс. К.-п. п. использует достижения, методы и техники классического и оперантного научения по моделям, когнитивного научения и саморегуляции поведения.

5. Поведение пациента, с одной стороны, и его мысли, чувства и их следствия — с другой, оказывают друг на друга взаимное влияние. Когнитивное не является первоисточником или причиной неадаптивного поведения. Мысли пациента в такой же степени влияют на его чувства, как чувства — на мысли. Мыслительные процессы и эмоции рассматриваются как две стороны одной медали. Мыслительные процессы — лишь звено, часто даже не основное, в цепи причин. Например, когда психотерапевт пытается определить вероятность рецидива униполярной депрессии, он может сделать более точное предсказание, если поймет, насколько критичен супруг пациента, вместо того чтобы опираться на когнитивные показатели.

6. Когнитивное может рассматриваться как совокупность когнитивных событий, когнитивных процессов и когнитивных структур. Термин «когнитивные события» относится к автоматическим мыслям, внутреннему диалогу и образам. Это не означает, что человек постоянно ведет разговор с самим собой. Скорее можно сказать, что поведение человека в большинстве случаев неосмысленно, автоматически. Ряд авторов говорят, что оно идет «по сценарию». Но бывают случаи, когда автоматизм прерывается, человеку необходимо принять решение в условиях неопределенности, тогда и «включается» внутренняя речь. В когнитивно-бихевиористской теории считается, что ее содержание может оказать влияние на чувства и поведение человека. Но, как уже было сказано, то, как человек чувствует, ведет себя и взаимодействует с окружающими, также может существенно влиять на его мысли. Схема — когнитивная репрезентация прошлого опыта, негласные правила, организующие и направляющие информацию, касающиеся личности самого человека. Схемы влияют на процессы оценки событий и процессы приспособления. В силу такой важности схем основной задачей когнитивно-поведенческого психотерапевта является помощь пациентам в понимании того, как они истолковывают реальность. В этом отношении К.-п. п. работает в конструктивистском ключе.

7. Лечение активно вовлекает пациента и семью. Единицей анализа в К.-п. п. в настоящее время являются примеры отношений в семье и общие для членов семьи системы *убеждений*. Более того, К.-п. п. также заинтересовалась тем, как принадлежность к определенным социальным и культурным группам влияет на системы убеждений и поведение пациента, включает практику альтернативного поведения на психотерапевтическом занятии и в реальной среде, предусматривает систему обучающих домашних заданий, активную программу *подкреплений*, ведение записей и дневников, т. е. методика психотерапии структурирована.

8. Прогноз и результативность лечения определяются в параметрах наблюдаемого улучшения поведения. Если раньше поведенческая психотерапия ставила основной своей задачей устранение или исключение нежелательного поведения или ответа (агрессии, тиков, фобии), то в настоящее время акцент смещен на научение пациента позитивному поведению (уверенность в себе, позитивное мышление, достижение целей и т. д.), активизацию ресурсов личности и ее окружения. Иными словами, происходит смещение с патогенетического на саногенетический подход.

К.-п. п. (моделирование поведения) является одним из ведущих направлений психотерапии в США, Германии и ряде других стран, входит в стандарт подготовки врачей-психиатров.

Моделирование поведения — метод, легкоприменимый в амбулаторных условиях, он ориентирован на проблему, его чаще называют обучением, что привлекает клиентов, которые не хотели бы именоваться «пациентами». Он стимулирует к самостоятельному решению проблем, что очень важно для пациентов с пограничными расстройствами, в основе которых нередко лежит инфантилизм. Кроме того, многие приемы К.-п.п. представляют конструктивные копинг-стратегии, помогая пациентам приобрести навыки адаптации в социальной среде.

К.-п. п. относится к краткосрочным методам психотерапии. Она интегрирует когнитивные, поведенческие и эмоциональные стратегии для изменений личности; подчеркивает влияние когниций и поведения на эмоциональную сферу и функционирование организма в широком социальном контексте. Термин «когнитивный» используется потому, что нарушения эмоций и поведения нередко зависят от ошибок в познавательном процессе, дефицита в мышлении. В «когниций» входят убеждения, установки, информация о личности и среде, прогнозирование и оценка будущих событий. Пациенты могут неправильно интерпретировать жизненные стрессы, судить себя слишком строго, прийти к неправильным выводам, иметь о себе негативные представления. Когнитивно-поведенческий психотерапевт, работая с пациентом, применяет и использует логические приемы и поведенческие техники для решения проблем совместными усилиями психотерапевта и пациента.

К.-п. п. нашла широкое применение при лечении невротических и психосоматических расстройств, аддиктивного и агрессивного поведения, нервной анорексии.

Тревога может быть нормальным и адаптивным ответом на множество ситуаций. Способность распознавать угрожающие события и избегать их является необходимым компонентом поведения. Некоторые страхи исчезают без всякого вмешательства, но длительно существующие фобии могут оцениваться как патологический ответ. Тревожные и депрессивные расстройства нередко связаны с псевдовосприятием окружающего мира и требованиями среды, а также жесткими установками по отношению к себе. Депрессивные пациенты оценивают себя как менее способных, чем здоровые лица, в связи с такими когнитивными ошибками, как «селективная выборка», «сверхообщение», «принцип все или ничего», минимизация позитивных событий.

Поведенческая психотерапия служит средством выбора при обсессивно-фобических расстройствах и по необходимости дополняется фармакотерапией транквилизаторами, антидепрессантами, бета-блокаторами.

Следующие поведенческие лечебные цели осуществляются у пациентов с обсессивно-фобическими расстройствами: полная элиминация или редукция навязчивой симптоматики (мысли, опасения, действия); перевод ее в социально приемлемые формы; устранение индивидуальных факторов (чувство малоценности, недостаток уверенности), а также — нарушений контактов по горизонтали или вертикали, потребности в контроле со стороны значимого микросоциального окружения; устранение вторичных проявлений болезни, таких как социальная изоляция, школьная дезадаптация.

К.-п. п. при нервной анорексии преследует следующие кратко- и долгосрочные лечебные цели. Краткосрочные цели: восстановление преморбидного веса тела как необходимого условия для психотерапевтической работы, а также восстановление нормального пищевого поведения. Долгосрочные цели: создание позитивных установок или развитие альтернативных интересов (других, чем соблюдение диеты), обновление поведенческого репертуара, постепенно заменяющего анорексическое поведение; лечение фобии или страха потери контроля над весом, нарушений схемы тела, заключающееся в способности и потребности распознавать собственное тело; устранение неуверенности и беспомощности в контактах, в отношении полоролевой идентичности, а также проблем отделения от родительского дома и принятие роли взрослого. Это ключевые задачи психотерапии, которые приводят не только к изменениям веса (симптомоцентрированный уровень), но и к разрешению психологических проблем (личностно-центрированный уровень). Распространен следующий алгоритм психотерапевтических мероприятий: когнитивно-ориентированная поведенческая психотерапия вначале в индивидуальной форме. Она состоит из приемов самоконтроля, шкалирования целей, тренинга уверенного поведения, тренинга решения проблем, подписания контрактов по восстановлению веса, *прогрессирующей мышечной релаксации Джекобсона*. Затем пациент включается в *групповую психотерапию*. Практикуется интенсивная *поддерживающая психотерапия*. Параллельно с этим проводится *системная семейная психотерапия*.

Аддиктивное поведение может быть оценено в терминах позитивных (положительное подкрепление) и негативных последствий (отрицательное подкрепление). При проведении психотерапии определяется распределение обоих видов подкреплений при оценке психического статуса пациента. Позитивное подкрепление включает удовольствие от приема психоактивного вещества, связанные с ним приятные впечатления, отсутствие неприятных симптомов абстиненции в начальный период приема веществ, поддержание через наркотики социальных контактов с ровесниками, иногда условную приятность роли больного. Негативные последствия аддиктивного поведения — более частая причина обращения к специалисту. Это появление физических жалоб, ухудшение когнитивных функций. Для включения такого пациента в лечебную программу необходимо найти «замещающее поведение» без приема психоактивных веществ или других видов девиантного поведения. Объем *психотерапевтических вмешательств* зависит от развития социальных навыков, степени выраженности когнитивных искажений и когнитивного дефицита.

Цели К.-п. п. представляются следующим образом:

- 1) проведение функционального поведенческого анализа;
- 2) изменение представлений о себе;
- 3) коррекция дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок;
- 4) развитие компетентности в социальном функционировании.

Поведенческий и проблемный анализ считается наиболее важной диагностической процедурой в поведенческой психотерапии. Информация должна отражать следующие моменты: конкретные признаки ситуации (облегчающие, утяжеляющие условия для поведения-мишени); ожидания, установки, правила; поведенческие проявления (моторика, эмоции, когниции, физиологические переменные, частота, дефицит, избыток, контроль); временные последствия (краткосрочные, долгосрочные) с различным качеством (позитивные, негативные) и с различной локализацией (внутренние, внешние). Помощь в сборе информации оказывает наблюдение за поведением в естественных ситуациях и экспериментальных аналогиях (например, ролевой игре), а также вербальные сообщения о ситуациях и их последствиях.

Цель поведенческого анализа — функциональное и структурно-топографическое описание поведения. Поведенческий анализ помогает осуществить планирование терапии и ее ход, а также учитывает влияние на поведение микросоциального окружения. При проведении проблемного и поведенческого анализа существует несколько схем. Первая и наиболее отработанная заключается в следующем: 1) описать детальные и зависимые от поведения ситуативные признаки. Улица, дом, школа — это чересчур глобальные описания. Необходима более тонкая дифференцировка; 2) отразить поведенческие и относящиеся к жизни ожидания, установки, определения, планы и нормы; все когнитивные аспекты поведения в настоящем, прошлом и будущем. Они нередко скрыты, поэтому на первом сеансе их трудно обнаружить даже опытному психотерапевту; 3) выявить биологические факторы, проявляющиеся через симптомы или отклоняющееся поведение; 4) наблюдать моторные (вербальные и невербальные), эмоциональные, когнитивные (мысли, картины, сны) и физиологические поведенческие признаки. Глобальное обозначение (например, страх, клаустрофобия) малоприменимо для последующей психотерапии. Необходимо качественное и количественное описание признаков; 5) оценить количественные и качественные последствия поведения.

Другим вариантом функционального поведенческого анализа является составление мультимодального профиля (Лазарус (Lazarus A. A.)) — специфически организованный вариант системного анализа, проводимый по 7 направлениям — BASIC-ID (по первым английским буквам: behavior, affect, sensation, imagination, cognition, interpersonal relation, drugs — поведение, аффект, ощущения, представления, когниции, интерперсональные отношения, лекарства и биологические факторы). В практике это необходимо для планирования вариантов психотерапии и для обучения начинающих врачей-психотерапевтов методам К.-п. п. Использование мультимодального профиля позволяет лучше войти в проблему пациента, соотносится с многоосевой диагностикой психических расстройств, дает возможность одновременно наметить варианты психотерапевтической работы (см. *Мультимодальная психотерапия Лазаруса*).

В работе над типичной проблемой необходимо задать пациенту серию вопросов для прояснения имеющихся трудностей: правильно ли пациент оценивает события? Являются ли ожидания пациента

реалистичными? Не основана ли точка зрения пациента на ложных выводах? Адекватно ли в этой ситуации поведение пациента? Есть ли на самом деле проблема? Сумел ли пациент найти все возможные решения? Таким образом, вопросы позволяют построить психотерапевту когнитивно-поведенческую концепцию, из-за чего пациент испытывает трудности в той или иной области. В ходе интервью, в конечном счете, задача психотерапевта состоит в выборе одной или двух ключевых мыслей, установок, поведения для психотерапевтического вмешательства. Первые сеансы обычно нацелены на присоединение к пациенту, идентификацию проблемы, преодоление беспомощности, выбор приоритетного направления, обнаружение связи между иррациональным убеждением и эмоцией, выяснение ошибок в мышлении, определение зон возможного изменения, включение пациента в когнитивно-поведенческий подход.

Задача когнитивно-поведенческого психотерапевта — сделать пациента активным участником процесса на всех его этапах. Одна из фундаментальных задач К.-п. п. — установление партнерских отношений между пациентом и психотерапевтом. Это сотрудничество происходит в форме терапевтического договора, в котором психотерапевт и пациент соглашались вместе работать над устранением симптомов или поведения последнего. Такая совместная деятельность преследует по меньшей мере 3 цели: во-первых, она отражает уверенность, что оба имеют достижимые цели на каждом этапе лечения; во-вторых, взаимопонимание уменьшает *сопротивление* пациента, возникающее нередко как следствие восприятия психотерапевта агрессором или идентификации его с родителем, если он пытается контролировать пациента; в-третьих, договор помогает предупредить непонимание между двумя партнерами. Недоучет мотивов поведения пациента может заставить психотерапевта двигаться вслепую или привести первого к ложным выводам по поводу тактики психотерапии и ее срыву.

Так как К.-п. п. представляет собой краткосрочный метод, необходимо тщательно использовать это ограниченное время. Центральная проблема «психотерапевтического обучения» — определение мотивации пациента. Для усиления мотивации к лечению учитываются следующие принципы: совместное определение целей и задач психотерапии. Важно работать только над теми решениями и обязательствами, которые вербализируются через «Я хочу», а не «Я хотел бы»; составление позитивного плана действий, его достижимость для каждого пациента, тщательное планирование этапов; проявление психотерапевтом интереса к личности пациента и его проблеме, подкрепление и поддержка малейшего успеха; усилению мотивации и ответственности за свой результат способствует «повестка дня» каждого занятия, анализ достижений и неудач на каждом этапе психотерапии. При подписании *психотерапевтического контракта* рекомендуется записать план или повторить его, используя приемы положительного подкрепления, сообщая, что это хороший план, который будет способствовать осуществлению желаний и выздоровлению.

В начале каждого занятия во время интервью совместными усилиями принимается решение, какой перечень проблем будет затронут. Формированию ответственности за свой результат способствует «повестка дня», благодаря которой удастся последовательно прорабатывать психотерапевтические «мишени». «Повестка дня» обычно начинается с короткого обзора опыта пациента с последнего занятия. Она включает *обратную связь* психотерапевта по поводу домашних заданий. Затем пациента стимулируют высказываться, над какими проблемами он хотел бы работать на занятии. Иногда психотерапевт сам предлагает темы, которые считает целесообразным включить в «повестку дня». По окончании занятия суммируются (иногда письменно) наиболее важные выводы психотерапевтического сеанса, анализируется эмоциональное состояние пациента. Совместно с ним определяется характер самостоятельной домашней работы, задачей которой служит закрепление знаний или умений, полученных на занятии.

Поведенческие приемы ориентированы на конкретные ситуации и действия. По контрасту со строгими когнитивными приемами поведенческие процедуры нацелены на то, как действовать или как справляться с ситуацией, а не как ее воспринимать. Когнитивно-поведенческие техники основаны на изменении неадекватных стереотипов мышления, представлений, которыми личность реагирует на внешние события, часто сопровождаемых тревогой, агрессией или депрессией. Одна из принципиальных задач каждой поведенческой техники — изменить дисфункциональное мышление. Например, если в начале терапии пациент сообщает, что его ничего не радует, а после проведения

поведенческих упражнений меняет эту установку на позитивную, то задача выполнена. Поведенческие изменения часто возникают как результат когнитивных изменений.

Наиболее известными являются следующие поведенческие и когнитивные приемы: реципрокная ингибция; *методика наводнения*; имплозия; парадоксальная интенция; *методика вызванного гнева*; метод «стоп-кран»; использование воображения, скрытого моделирования, тренинга самоинструкций, методов *релаксации* одновременно; тренинг уверенного поведения; методы самоконтроля; самонаблюдение; прием шкалирования; исследование угрожающих последствий (декатастрофизация); преимущества и недостатки; опрос свидетельских показаний; исследование выбора (альтернатив) мыслей и действий; парадоксальные приемы и др.

Современная К.-п. п., подчеркивая значимость принципов классического и оперантного научения, не ограничивается ими. В последние годы она абсорбирует также положения теории переработки информации, коммуникации и даже больших систем, вследствие чего модифицируются и интегрируются методики и техники этого направления в психотерапии.

**КОЛЛЕКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** В широком плане К. п. включает как систематические беседы с группами больных, так и соответствующую организацию режима в клинике, трудовую терапию, культ-терапию, занятия физкультурой и самодеятельность больных (Яковлева Е. К. и др., 1959). В. А. Гиляровский (1926), Д. С. Озерецковский (1927), С. С. Либих (1974) подчеркивают роль этого метода как лечебного перевоспитания, целью которого является активирование, ободрение, отвлечение внимания больных от переживаний, связанных с болезнью, и переключение их на новые жизненные цели.

Известно, что В. М. Бехтерев метод К. п. использовал при лечении лиц, страдающих алкоголизмом, придавая большое значение сочетанию индивидуальной и К. п. В связи с развитием метода К. п. следовало бы упомянуть также работы В. Н. Мясищева (1967), Н. В. Иванова (1971), В. Е. Рожнова (1971), Р. А. Зачепиского (1976) и др.

Вслед за В. А. Гиляровским Д. С. Озерецковский связывал необходимость разработки и применения метода К. п. к больным неврозами с изменившимися социальными условиями и формирующимся новым общественным сознанием в нашей стране в послереволюционный период. Так, В. А. Гиляровский отмечал, что до революции больные неврозами обычно были одиночками, принадлежащими к более обеспеченным слоям населения, пациентами частных санаториев и лечебниц, и соответственно их психотерапия была индивидуальной. На смену им «пришли пациенты из более демократических слоев, работники различных видов труда и притом тесно связанные с тем или иным коллективом, в большинстве случаев члены профсоюзов» (Гиляровский В. А., 1926). С одной стороны, большое количество больных нуждается в психотерапии при отсутствии необходимого числа подготовленных психотерапевтов. С другой — человек перестал рассматриваться в виде отдельной личности, не связанной с окружением, а выступает как маленькая частичка единого целого, поэтому, по мнению автора, и психотерапевтический подход должен учитывать роль среды, принадлежность к определенному классу, ту обстановку, в которой человек постоянно живет и работает. Оздоровляющая роль коллективного сознания рассматривалась как важный элемент К.п.

Д. С. Озерецковский (1927) придавал большое значение систематическим коллективным беседам с больными, в которых разъясняется лечебная роль коллектива, трудовых процессов, необходимость игнорирования болезненных симптомов и пр. «Из среды больных всегда выделяется активное, дисциплинированное ядро, которое заражает своим положительным примером остальных товарищей, вовлекает их в общую жизнь». В терапевтических целях при К. п. используется повышенная внушаемость, свойственная обычно всяким коллективам. Автор указывал на целесообразность применения при К. п. таких методов, как *рациональная психотерапия*, *внушение* и *гипноз*.

Подчеркивая значение коллективных бесед с больными и считая их основным методом К. п., Е. К. Яковлева и др. (1959) разработали программу бесед, указывая на их принципиальное отличие от обычных лекций или бесед санитарно-просветительного характера. Программа К. п. основывалась на концепции *патогенетической психотерапии* Мясищева и состояла из 5 основных тем. Каждая тема обсуждалась в течение 2-3 бесед, которые проводились 4-6 раз в месяц. Хотя программа могла видоизменяться и дополняться в зависимости от состава группы, интересов ее участников и их реакций, выявлявшихся в процессе психотерапии, она включала следующие основные темы: «Сущность неврозов

и их причины», «Роль особенностей темперамента и личности в развитии невроза», «Особенности патогенных ситуаций и отношений личности», «Возможности и пути преодоления невроза» и др. Психотерапевт организует в группе обсуждение вопросов, предусмотренных программой. Важное место в этой работе занимает разбор историй болезни, рассказываемых как психотерапевтом, так и самими больными при условии их предварительного согласия. Если необходимо осветить происхождение заболевания участников группы, отказывающихся служить предметом публичного обсуждения, то психотерапевт приводит аналогичные примеры из своего опыта или из литературы. Учитывая повышенную внушаемость и самовнушаемость больных неврозами и склонность их к неправильной переработке разъяснений, избегают моментов, могущих оказать ятрогенное воздействие или способствовать фиксации болезненных переживаний и расстройств.

При проведении бесед психотерапевт создает атмосферу благожелательности, внимательно следит за реакциями больных, поощряет к выступлению неуверенных в себе. Весьма важно наличие в группе больных, проявляющих инициативу и положительно относящихся к содержанию бесед, что способствует вовлечению в обсуждение остальных пациентов.

В группы не включаются больные, находящиеся в острой невротической декомпенсации, а также подверженные частым припадкам и отличающиеся резкой несдержанностью и отсутствием самообладания. Других противопоказаний к применению К. п. у больных неврозами нет. Нецелесообразно организовывать группы по формам неврозов, так как особенности темперамента и личности больных разными формами неврозов способствуют их положительному взаимовлиянию. В связи с тем, что в группах лиц разного пола нередко возникают препятствия к проявлениям откровенности, Е. К. Яковлева и др. рекомендуют проводить К. п. в группах, однородных по половому составу, но разнородных по клиническим проявлениям. *Индивидуальная психотерапия* значительно облегчается, если сочетается с коллективной, так как в условиях последней усиливается корригирующее влияние коллектива, в чем так нуждаются индивидуалистические по характеру больные неврозами.

Коллективный гипноз, пионером которого, главным образом при терапии алкоголизма, у нас был В. М. Бехтерев, в лечении больных неврозами не приобрел такого значения. Он оказался полезным лишь в группах с однородным составом больных, прежде всего с истерическими моносимптомами или при недифференцированных, несложных формах неврозов. При этом словесное воздействие не ограничивается императивным внушением, оно сочетается с врачебным разъяснением и *убеждением*, как это делал В. М. Бехтерев.

Помимо К. п., проводимой в стационарах для лечения больных неврозами, рядом авторов разрабатывалась амбулаторная К. п. этих заболеваний (Иткин М. Г., 1936; Иванов Н. В., 1954, 1971, и др.).

К. п. нашла применение при лечении не только неврозов, но и заболеваний внутренних органов. Эти данные представлены, в частности, в монографии А. Л. Гройсмана «Коллективная психотерапия» (1969).

В нашей психотерапевтической литературе, особенно 1970-80-х гг., нередко использовался термин «коллективно-групповая психотерапия». В условиях идеологизации психотерапии *групповая психотерапия*, получившая широкое распространение в западных странах, часто противопоставлялась коллективной: первую рассматривали как отражение «буржуазного» индивидуалистического сознания, характерного для пациентов этих стран, вторую — как более адекватную социалистическому общественному сознанию. В некоторых регионах нашей страны в указанный период существовал негласный запрет на использование как методов собственно групповой психотерапии, так и самого этого понятия.

См. также *Психагогика*.

### **КОЛЛЕКТИВНАЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВАЯ ГИПНОТЕРАПИЯ РОЖНОВА.**

Относится к директивным, гипносуггестивным методам психотерапии. Методика разработана автором (1975) для больных, страдающих алкоголизмом, однако после адаптации стала применяться при неврозах, прежде всего истерии с зафиксированными акцент-симптомами, при заикании и других заболеваниях. Впоследствии В. Е. Рожнов разработал концепцию эмоционально-стрессовой психотерапии (1982) как систему воздействия на больного путем формирования у него жизнеутверждающих, оптимистических идеалов и устремлений, способствующих преодолению его



болезненной ипохондричности и пессимизма, лишаящих сил, необходимых для борьбы со страданием.

В методике сочетаются лечение средой и коллективом, разъяснение и *убеждение*, эмоционально насыщенное *внушение* (с разнообразием интонаций от приказа и осуждения до обнадеживания и поддержки), используются внутригрупповые отношения больных с целью взаимоиндукции, *подкрепление* сильнодействующим раздражителем. Отличительной чертой методики является опора на адекватное лечебным задачам эмоциональное воздействие, приводящее к выработке устойчивой условно-рефлекторной эмоционально отрицательной реакции на алкоголь. Методика включает беседы (индивидуальные и групповые), предшествующие гипнотическим сеансам, и собственно К. э.-с. г. Р. Размер группы — 8-20 человек. По мнению автора, малочисленные группы утрачивают преимущества выраженной взаимоиндукции, слишком же большие — затрудняют осуществление индивидуализированного подхода. Гипносуггестивную психотерапию автор рекомендует проводить по описанной им методике удлинённых сеансов продолжительностью не менее часа (оптимально — 1,5 часа) (см. *Гипноз-отдых*). Глубина гипноза не оказывает существенного влияния на успех лечения, в то же время при сомнамбулической стадии можно рассчитывать на более эффективное и ускоренное лечебное воздействие. Во время гипноза развиваются основные положения предшествующих индивидуальных и групповых бесед и вырабатывается эмоционально отрицательная условно-рефлекторная тошнотно-рвотная реакция на вкус и запах алкоголя, вначале на подкреплении внушения 96% винным спиртом-ректификатом, а в последующем, когда реакция уже выработана прочно (обычно через 6-8 процедур), внушение отвращения больше подкрепляется водкой, чем спиртом. Во время одного сеанса реакция вызывается 2-3 раза на подкреплении и столько же без него, за счет одной суггестии. После 10-12-го сеанса, как правило, подкрепления уже не требуется ввиду бурной условной реакции на одно лишь внушение, на одно произнесение слова «водка».

См. также *Эмоционально-стрессовая психотерапия Рожнова*.

**КОНСТРУКТИВНЫЙ СПОР.** Одной из методик *супружеской психотерапии* является К. с. (Kratochvil S., 1991), который, в свою очередь, является модификацией приема «честная борьба» (Bach G., Wygen P., 1969). Суть методики заключается в том, что супругам предоставляется возможность открыто и нетравматично обмениваться информацией об имеющихся трудностях во взаимоотношениях, осознаваемых и подавляемых чувствах и желаниях, противоречиях в исполнении семейных функций.

Бах и Уиген считали, что нарушения коммуникации между супругами приводят к утрате и искажениям передаваемой информации, вследствие чего взаимные ожидания и потребности не удовлетворяются и нарастает внутриличностное и межличностное напряжение. Длительное подавление супругами агрессивных эмоций во имя «*семейного мифа*» приводит к преобладанию монотонных и стереотипных форм взаимодействия, которые еще больше фрустрируют членов семьи, вследствие чего они часто используют неудачные формы снятия напряжения в виде конфликтных поединков со взаимными оскорблениями и обидами. Бах и Уиген пришли к мысли, что для оптимизации семейных отношений вообще, а супружеских в частности, необходимо найти способы нетравматической канализации агрессии. Для этого была предложена методика «честная борьба», правила ее проведения, обучения супругов, а также система оценки эффективности.

Бахом были предложены для выявления и экспрессии агрессивных эмоций поролоновые дубинки, которыми участники групповой и *семейной психотерапии* наносят друг другу удары, флажки красного и зеленого цветов, с помощью которых дают знать партнеру, продолжать общение или прекращать его, а также парный прием — «совместное выколачивание ковра». Участники имитируют выколачивание пыли из ковра, причем их внимание обращают на то, кто является лидером, кто и сколько наносит ударов, какую площадь «обрабатывает» ударами каждый супруг.

Разработаны правила проведения К. с. 1. Этот метод может использоваться супругами для исследования своих разногласий лишь после подготовки в группе супружеских пар, состоящей из 8-12 человек (не менее 6 занятий продолжительностью 2 часа). 2. Правило «места и времени». Проводить К. с. нужно в отдельной комнате без эмоционально заинтересованных свидетелей — детей, других родственников. В этот день не следует планировать прием гостей, домашнее торжество, посещение театра, друзей и др. Последствия спора непредсказуемы, и «конструктивная ссора» может трансформироваться в психотравмирующий поединок супругов. 3. К. с. должен быть максимально приближен во времени к конфликтной ситуации. 4. Инициатор спора сообщает партнеру о своем

намерении спорить и о предмете разговора. 5. Спор должен быть конкретным, имеющим цель совместными усилиями решить проблему, а не наказать партнера.

Основные характеристики К. с.: реализм, конкретность, открытость, честность, ответственность, юмор, акцент внимания участников на необходимости *обратной связи*. Участники соблюдают правила «честной игры»: их высказывания отражают чувства в ситуации «здесь и теперь», они воздерживаются от обобщений типа «ты никогда не слушаешь», актуализации прошлых обид и злости, от аргументов, направленных на «слабое место» партнера — вес тела, внешность, дефекты речи и др., критики родственников («Ты такая же глупая, как и твоя мать»), пользуются описательным безоценочным языком.

Кратохвил выделил 3 фазы К. с.: вводную (А), среднюю (Б), финальную (В) и сформулировал правила для каждого этапа. В фазе А правилом является: «Дай знать, что хочешь спорить, и назови предмет спора», в фазе Б — «Скажи, что думаешь о поведении партнера, отреагируй и критикуй», в фазе В — «Признай свои ошибки и найди положительное в партнере». Продолжительность К. с. не должна превышать 10-15 минут, а финальной фазы — 1,5-2 минуты. Психотерапевт дает команду заканчивать спор и выполнить требование финальной фазы. Партнеры завершают К. с. рукопожатием.

В группах супружеских пар обучение К. с. осуществляется с помощью сценарных разработок, которые составлены по типу незаконченных предложений. Муж и жена получают описание ситуации и контур роли и, после того как они идентифицировались с ними, начинают взаимодействие. Темы, которые наиболее актуальны для групп К. с., — воспитание детей, ревность, распределение обязанностей в семье, доминирование—подчинение и др. Приводим образцы ролевых разработок для мужа и жены.

Жена. Вам больше 30 лет. По профессии вы инженер. Характер работы бюрократический, не требующий особых профессиональных знаний. Зарплата средняя. Привычный, годами сложившийся коллектив. Рутинная. Вы давно замужем. С мужем познакомились в институте. Есть ребенок, который сейчас находится в гостях у бабушки. Вам кажется, что с момента создания семьи муж занял позицию иждивенца, стороннего наблюдателя. Настоящий, увлеченный, активный он там — на работе, с сослуживцами, друзьями. Дома предпочитает ни во что не вмешиваться.

Летний день... Один из многих в вашей жизни. Сегодня с утра было холодно, поэтому вы надели шерстяное платье. Днем потеплело. Возвращаясь домой после работы, вы ехали в душном транспорте. В каждой руке у вас по тяжелой сумке с продуктами. Приходите домой и видите, что муж лежит на диване с книгой. То ли читает, то ли спит. В кухне, куда вы зашли, гора грязной посуды в мойке, грязь на полу...

Вы испытываете очень сильное чувство... Такое чувство, что... Многие мысли промелькнули в голове... Вы начинаете действовать в соответствии с этим вашим состоянием...

Муж. Вам за 30. Вы инженер одного из научно-исследовательских институтов, занимаетесь научной и конструкторской работой. Вас это захватывает. Подчас задерживаетесь на работе, так как вам хочется обсудить идеи с коллегами, доделать то, что не успели. В коллективе вас уважают как специалиста, хотя вы и не сделали блестящей карьеры. Зарплата средняя. Это вас не удовлетворяет, но сам характер работы «все искупает». Общественной работы вы сторонитесь. У вас семья, с женой познакомились в институте. Один ребенок, он сейчас гостит у бабушки. Дома в последние годы частые конфликты с женой. Она все время чем-то недовольна. Ей кажется, что вы уделяете семье мало внимания. Действительно, работа отнимает у вас много сил. Дома хочется отдохнуть, расслабиться, что-то обдумать. В конфликтах с женой стараетесь ее понять, иногда уступаете ей, но не всегда это получается. Сегодня вернулись домой, пообедали. На кухне оставили все как есть, решив, что уборку сделаете позже. Нужно было во что бы то ни стало дочитать книгу, которую вам дали на несколько дней.

Жена пришла с работы чуть позже обычного. Правда, вы так увлеклись книгой, что не очень обратили внимание на ее приход.

Но, услышав ее голос, откладываете книгу...

Бах и Уиген (1969) оценивали стиль спора по 9 критериям, а результаты спора — по 12 позициям. Кратохвил (1985) сократил число позиций оценки стиля и результата спора до 4 соответственно. При оценке стиля спора по каждой позиции психотерапевт или прошедшие подготовку

участники психотерапии начисляют +1 или -1 балл. На партнеров по К. с. заполняется общий бланк оценки стиля спора, а при выраженности конфликта — бланк на каждого участника (табл. 3).

**Таблица 3. К. с. по Кратохвилу. Стиль спора**

	+	-
1. Конкретность	В споре имеется предмет, нападение или защита сводится к конкретному поведению «здесь и теперь»	Обобщение: поведение называется «типичным», ссылка на события прошедшие или не имеющие отношения к делу
2. Вовлеченность	Оба увлечены, наносят и получают сильные «удары»	Один из участников не задействован, находится в стороне от спора, оскорбляется, прекращает спор преждевременно и т. д.
3. Коммуникация	Ясная, открытая, каждый говорит за себя, думает то, что говорит. Его можно понять и ответить ему. Хорошая «обратная связь»	Слишком частое повторение своих доводов и невнимание к доводам другого. Скрытые признаки непонимания, намеки, неясности, «шум»
4. «Честная игра»	Не допускаются «удары ниже пояса» и принимается во внимание, сколько может вынести партнер	Аргументы не относятся к предмету спора, но нацелены в чувствительное место
Подсчет очков	Общий счет:	

Супружеская пара может набрать максимум +4 балла и минимум -4. При кодировании результатов спора на каждого участника заполняется бланк «Результат спора» (табл. 4). По каждой позиции начисляется либо +1, либо -1, в результате максимальная сумма для пары составляет +8, а минимальная — -8. На каждом сеансе *групповой психотерапии* супруги могут получить информацию о стиле своего спора и его результативности. Набранные баллы являются фактором *подкрепления* определенных паттернов супружеского взаимодействия. По данным Кратохвила (1985, 1991), К. с. — это один из наиболее эффективных приемов разрешения семейных конфликтов. В последние годы (Ковалев С. В., 1990; Горелов И. Н. и др., 1991) К. с. используется в группах *социально-психологического тренинга* как один из основных психотерапевтических приемов.

**Таблица 4. К. с. по Кратохвилу. Результат спора**

	+	-
1. Информативность	Что-то узнал или получил, научился чему-то новому	Не узнал ничего нового
2. Отреагирование	Исчезла напряженность, уменьшилось озлобление, выяснены претензии	Напряжение не исчезло, а осталось или усилилось
3. Сближение	Спор привел к взаимопониманию и сближению партнеров. Есть ощущение, что это их касается, что так и должно быть. Сохраняют свое достоинство	Партнеры более отдалены, чем прежде. Ощущение, что они не поняты или сильно обижены
4. Улучшение	Устранение проблемы, разрешение ситуации, оправдания, извинения, планы на будущее	Ничего не решено, участник не старается ничего исправить или оставляет это другому и не хочет его простить
Подсчет очков	Общий счет:	

Так, члены подростковых групп либо решают в К. с. свои актуальные проблемы, либо моделируют эталоны поведения жен и мужей (Кулаков С. А., Александрова Н. В., 1994).

**КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ПЕРЕОЦЕНКЕ ЛИЧНОСТИ.** Концепция, объясняющая поведение человека в обществе и связанные с ней процедуры, помогающие разрешению личных и

социальных проблем. Основатель этого направления Джекинс (Jackins Н., 1952) исходил из положения, что каждый человек по своим врожденным свойствам — это прекрасный, жизнерадостный, творческий, сильный индивид. В природе человека имеются внутренние механизмы исцеления от физических и эмоциональных травм, и может быть найдено по меньшей мере одно успешное решение любой какой-либо реальной проблемы. Мешают человеку быть таковым различные дистрессы, т. е. хронические состояния эмоционального напряжения, чаще всего связанные с блокированием отрицательных эмоций.

В процессе переоценочного консультирования два человека, пациент и консультант, договариваются попеременно внимательно выслушивать друг друга (соконсультирование), и таким образом достигается желаемая разрядка. Джекинс сформулировал 4 основные задачи, стоящие перед консультантом: 1) постоянно помнить, что основная цель консультанта — найти пути для разрядки дистресса у пациента и не забывать, что пациент человек сильный, решительный, ценный; ему мешают быть естественным нередко обстоятельства жизни; 2) четко выяснить, в чем состоит проблема, дистресс; 3) продумать возможные пути противостояния дистрессу; 4) тщательно изыскать «противоядие». Пациент в результате консультирования должен обязательно снять или ослабить эмоциональное напряжение, разрядиться.

Последователи этого метода не считают его психотерапевтическим, хотя используют ряд поведенческих и гештальт-терапевтических приемов: преувеличение, метод парадокса, разговор с воображаемым партнером и т. д. Механизм разрядки, реализуемый посредством смеха или гнева, слез и других эмоциональных состояний, противоположных заблокированной эмоции, по своей сути приближается к *катарсису*.

Большое внимание уделяется обещаниям (обетам), даваемым на основе освобожденной эмоции, и анализу ситуации, приведшей к дистрессу, т. е. используются элементы *когнитивного научения*. Приведем пример такого «обета» при наличии у пациента страха оценки после проведенной разрядки с помощью различных упражнений: «С этой минуты я настоящий(ая)... (имя), а это значит, что я могу говорить кому хочу что хочу и мне наплевать, что думают обо мне окружающие».

Во многих странах существуют отделения соконсультирования, объединяющие различных людей: учителей, родителей, лиц, подвергающихся расовой дискриминации, и т. д. Привлекает пациентов демократизм этого метода, возможность прийти к консультанту или в группу, когда в этом есть необходимость.

**КОНТРАСТНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЗАВИЛЯНСКОЙ.** Методики воздействия на позицию больного по отношению к психотравмирующим факторам. Подчеркивая особую роль патологически измененных ассоциаций в формировании психопатологических структур, Л. И. Завилянская (1968) разработала методики вызывания ассоциаций, видоизменяя их в зависимости от природы заболевания, его динамики и личностных особенностей больного. Так, методика вызывания положительных ассоциаций применяется при лечении неврастении, циклотимической депрессии, церебрастенических симптомокомплексов различного происхождения. При этом используется *рациональная психотерапия* с констатацией физического здоровья пациентов, фактов улучшения самочувствия в вечерние часы (при циклотимии) или после отдыха (при неврастении) для доказательства обратимости болезненных проявлений. Психотерапевтический эффект подкрепляется и усиливается *внушением* в состоянии бодрствования. В *гипнозе* применяется логически обоснованное, мотивированное внушение, в котором для положительного ассоциативного воздействия акцент делается на углубленном *осознании* пациентом чувства освобождения от болезненных ощущений во время сеанса, на целебности гипнотического отдыха. При обучении приемам *аутогенной тренировки* в формулы *самовнушения* вводятся ассоциации, эмоционально связанные с периодами бодрости, душевного подъема. Больного предупреждают о возможности появления контрастных мыслей и представлений, так как, если он готов к этому, ему потребуется меньше усилий на их преодоление.

Методика вызывания отрицательных эмоций применяется при психотерапии алкоголизма, патологических влечений, дурных привычек, необходимости коррекции характерологических особенностей. При этом задача психотерапии — получить у больного отрицательную эмоциональную реакцию на дальнейшее проявление болезненного состояния, после чего постепенно, последовательно внушать положительную эмоциональную реакцию на преодоление болезни. Автор указывает, что при использовании этой методики вызывать отрицательные ассоциации надо крайне осторожно, чтобы

избежать ятрогений.

**КОНТРОЛЬ ДЫХАНИЯ.** Сознательный К. д. (регуляция дыхательных движений) является, возможно, самым древним из известных методов снятия эмоционального напряжения. За несколько столетий до нашей эры он уже применялся для уменьшения чувства тревоги и общей *релаксации*. Упоминания об использовании сознательного К. д. для достижения состояния расслабления можно найти в индуистской традиции хатха-йоги. Фактически хатха-йога (*йога* специальных поз) основывается на различных способах дыхания. Эти приемы называются пранаямой. Термин «пранаяма» означает контроль, или сдерживание, дыхания. Умение управлять своим дыханием развивалось не только в Древней Индии как индуистская традиция, но и в Китае. Регулируемое дыхание стало основным компонентом такого «искусства дыхания», как тайши и кунфу. Эти виды боевого искусства в наше время пережили второе рождение в западных странах. К. д. здесь остается важной составной частью.

Существуют три основных типа дыхания, имеющих значение при обучении произвольной регуляции дыхания: ключичное, грудное и диафрагмальное. Ключичное дыхание является самым коротким и поверхностным. Его можно определить как легкое поднятие ключиц вверх, сопровождаемое небольшим расширением грудной клетки на вдохе. Грудное дыхание представляет собой более глубокое дыхание, так как вдыхается большее количество воздуха. Оно начинается с сокращения межреберных мышц, которые расширяют грудную клетку вверх и в стороны. При этом наблюдается большее расширение грудной клетки, за которым следует поднятие ключиц на вдохе. Это наиболее часто встречающийся тип дыхания. Наконец, диафрагмальное дыхание является самым глубоким, так как впервые наполняются воздухом нижние отделы легких. Движение диафрагмы является основной причиной глубокого вдоха при диафрагмальном дыхании.

Хотя в литературе (особенно по йоге) представлены многочисленные и разнообразные дыхательные релаксационные методы, однако самыми эффективными способами достижения психофизиологического состояния релаксации являются приемы диафрагмального дыхания, которым к тому же легче всего научиться. Специфические механизмы, ответственные за снижение напряжения при регуляции дыхания, могут различаться в зависимости от конкретной методики, однако их общим терапевтическим действием считается способность диафрагмального дыхания вызывать временное трофотропное состояние.

Произвольная регуляция дыхания — наиболее гибкий из всех способов снятия чрезмерного напряжения. Его можно использовать в самых разнообразных обстоятельствах, вызванных как условиями окружающей среды, так и поведенческими факторами. Это не означает, однако, что метод сознательного К. д. можно применять без ограничений. Основная опасность при использовании произвольной регуляции дыхания связана с довольно редкой возможностью развития гипервентиляции (когда пациент «слишком сильно дышит»). Такое избыточное дыхание может вызвать состояние гипокапнии (пониженный уровень углекислоты в крови), что приводит к избытку бикарбонатных ионов и к нехватке ионов водорода. При этом наблюдаются следующие симптомы: сильное сердцебиение, тахикардия, феномен Рейно, сужение поля зрения, головокружение, большие судорожные припадки, одышка, боли в груди, покалывание губ, пальцев рук и ног, боли в эпигастральной области, тетания, тревога, слабость и потеря сознания. Многие из этих симптомов могут появиться через несколько минут непрерывной гипервентиляции. Головокружение и покашливание являются первыми сигналами, предупреждающими о том, что у пациента развивается гипервентиляция.

Ниже приведены три упражнения на диафрагмальное дыхание, которые, как сообщалось, могут быть эффективно использованы, чтобы вызвать более глубокое состояние расслабления. При обучении любому из способов диафрагмального дыхания психотерапевт должен постоянно следить за правильностью выполнения упражнения пациентом.

Дыхательное упражнение № 1. Этот метод чрезвычайно прост, он описывается в литературе по йоге под названием «полное дыхание». Чтобы помочь психотерапевту обучать этому упражнению, оно излагается в соответствии с четырьмя фазами дыхания. Вдох, по возможности, должен начинаться через нос. Предпочтение отдается дыханию через нос, а не через рот, так как носовые ходы способны фильтровать и обогревать поступающий воздух. На вдохе живот выпячивается вперед, затем расширяется грудная клетка. Продолжительность вдоха — 2-3 секунды. Паузы после вдоха быть не

должно. Вдох плавно переходит в начало выдоха. Воздух выдыхается через рот или через нос, как удобнее. Продолжительность выдоха должна составлять 2-3 секунды. Пауза после выдоха длится только 1 секунду, и затем вновь начинается плавный вдох. Многие пациенты могут повторять это упражнение в течение нескольких минут без возникновения гипервентиляции. Однако обычно больного просят прекратить упражнение при появлении головокружения.

Дыхательное упражнение № 2. Оно является разновидностью метода «подсчета дыхания», различные варианты которого описываются в литературе по йоге. Упражнение излагается в соответствии с четырьмя фазами дыхания. Вдох, по возможности, должен осуществляться через нос. Живот начинает выпячиваться вперед, затем расширяется грудная клетка. Продолжительность вдоха должна составлять 2 секунды (пациент считает про себя, например: «Одна тысяча, две тысячи»). После вдоха следует сделать паузу, равную 1 секунде. На третьей стадии воздух выдыхается, после чего плавно должен последовать вдох. При появлении головокружения больного просят прекратить упражнение.

Дыхательное упражнение № 3. Этот метод, разработанный Эверли (Everly G. S., 1981), предназначен для ускоренного вызывания (30-60 секунд) состояния релаксации. Исследования показали, что он ликвидирует мышечное напряжение и субъективное ощущение тревоги, а также обладает некоторым потенциалом для снижения частоты сердечных сокращений. Описание представлено в форме инструкции, даваемой пациенту. Этап 1: «Займите удобное положение. Положите левую руку (ладонью вниз) на живот, точнее, на пупок. Теперь положите правую руку так, чтобы вам было удобно, на левую. Глаза могут оставаться открытыми, однако с закрытыми глазами будет легче выполнять второй этап упражнения». Этап 2: «Вообразите себе пустую бутылку или мешок, находящийся внутри вас — там, где лежат ваши руки. На вдохе представляйте себе, что воздух входит через нос, идет вниз и наполняет этот внутренний мешок. По мере заполнения мешка воздухом ваши руки будут подниматься. Продолжая вдох, представляйте, что мешок целиком заполняется воздухом. Волнообразное движение, начавшееся в области живота, переходит в среднюю и верхнюю части грудной клетки. Полная продолжительность вдоха для первой и второй недели занятий должна составлять 2 секунды, затем, по мере совершенствования навыка, ее можно увеличить до 2,5-3 секунд». Этап 3: «Задержите дыхание. Сохраняйте воздух внутри мешка. Повторяйте про себя фразу: "Мое тело спокойно". Этот этап не должен длиться более 2 секунд». Этап 4: «Медленно начните выдыхать — опустошать мешок. По мере того как вы делаете это, повторяйте про себя фразу: "Мое тело спокойно". С выдохом ощущайте, как опускаются приподнятые ранее живот и грудная клетка. Этот этап не должен длиться меньше двух предыдущих, а спустя 1-2 недели занятий его можно увеличить на 1 секунду. Этап 1 необходим только в течение примерно первой недели, пока вы обучаетесь глубокому дыханию. Когда вы овладеете этим навыком, то сможете его пропускать. Повторите это четырехступенчатое упражнение подряд только 3-5 раз. Если у вас появится головокружение, остановитесь. Если при последующих занятиях головокружение возобновляется, просто сократите продолжительность вдоха и (или) число выполняемых подряд четырехступенчатых циклов. Поскольку этот вариант релаксации носит характер навыка, можно практиковать его по меньшей мере 10-20 раз в день. Превратите его в ваш утренний, дневной и вечерний ритуалы, а также используйте в стрессовых ситуациях. Поначалу вы можете не заметить никакой немедленной релаксации. Однако после 1-2 недель регулярных занятий вы будете способны на время расслабляться "моментально". Помните, что, если вы хотите овладеть этим навыком, вы должны заниматься систематически. Регулярное последовательное выполнение упражнений в конечном счете сформирует у вас более спокойное и мягкое отношение, своего рода антистрессовую установку, и когда вы будете попадать в стрессовые ситуации, то вы будете переживать их гораздо менее интенсивно».

**КОНТРАПЕРЕНОС.** Совокупность бессознательных реакций аналитика на личность анализируемого и особенно на его *перенос*. В этом правильном значении К. является мешающим, искажающим фактором в лечении. В расширенном значении К. — эмоциональное отношение аналитика к своему пациенту, включающее его реакцию на определенные моменты поведения пациента (Райкрофт Ч., 1995).

Впервые термин «К.» был употреблен *Фрейдом* (Freud S., 1910) при обсуждении будущих перспектив *психоанализа*. Касаясь работы психоаналитика, Фрейд указывает, что в результате влияния

пациента на бессознательное психоаналитика возникает явление К., которое необходимо распознать и преодолеть его, «ни один психоаналитик не продвигается в своей работе дальше, чем ему позволяют собственные комплексы и внутренние *сопротивления*...». Точно так же как в переносе с самого начала Фрейд усматривал препятствие потоку *свободных ассоциаций* пациента, в К. он постоянно видел преграду к свободе понимания пациента психоаналитиком. В этом контексте Фрейд рассматривал сознание аналитика как «инструмент», эффективному функционированию которого препятствует К. Фрейд придавал огромное значение «психоаналитическому очищению» (1912) еще и потому, что его беспокоили опасности, которым психоаналитический метод может подвергнуться из-за неправильного использования, а также из научных соображений.

Первоначально Фрейд (1910) был сторонником постоянного *самоанализа* для аналитика, но вскоре пришел к мысли, что это весьма сложно из-за собственного сопротивления самопониманию, и стал рекомендовать психоанализ для самого аналитика. Обоснованность «тренировочного анализа» аргументировалась необходимостью достичь *инсайта* и преодолеть психологические недостатки, создаваемые неразрешенными бессознательными конфликтами. Позднее, считая, что и такой метод не является вполне адекватным, Фрейд (1937) предложил прохождение психоанализа аналитиком каждые пять лет. Эта рекомендация обычно не соблюдалась, возможно из-за того, что тренировочные анализы стали намного продолжительнее и — как следствие этого — более тщательными. Однако повторные анализы не являются чем-то необычным среди аналитиков, особенно если они ощущают трудности в своей работе или вне ее (Сандлер Дж. и др., 1995).

В то время как перенос за короткое время превратился из основного препятствия в самый мощный ресурс лечения, К. сохранял свой негативный образ почти сорок лет. Он противоречил утвержденному временем научному идеалу, которому был предан Фрейд и который был для него важен как по причине личного *убеждения*, так и ради репутации его противоречивого метода. Требование преодолеть невротические конфликты, и особенно их проявление по отношению к пациенту в К., привело к откровенно фобическому отношению аналитиков к своим чувствам. Эти причины были решающими факторами в очень непохожих историях концепций переноса и К. Только гораздо позднее эти отдельные пути сошлись в понимании того, что «мы имеем дело с системой отношений, в которой каждый фактор является функцией другого» (Томэ Х., Кёхеле Х., 1996).

Большой шаг вперед в разработке понятия К. в психоаналитических работах произошел в тот период, когда стало очевидным, сколь важную помощь данное явление может оказать психоаналитику в понимании информации, получаемой от пациента. Вперед выдвинулась идея о том, что психоаналитик несет в себе элементы понимания и осмысления процессов, протекающих в психике пациента, что эти элементы осознаются не сразу, а могут быть обнаружены, если психоаналитик, выслушивая пациента, обозревает свои собственные ментальные ассоциации. Эта идея имплицитно содержалась в описаниях Фрейда (1912), посвященных ценности нейтрального, или «свободно парящего», внимания, но первое четкое высказывание о позитивном значении К. было сделано Хайман (Heiman P.), а затем продолжено другими аналитиками. Хайман стала рассматривать К. как явление, включающее все чувства, испытываемые аналитиком по отношению к пациенту. В этом состоянии аналитик должен оказаться в состоянии сдерживать свои чувства, в то время как пациент, наоборот, «разряжается», общаясь с аналитиком. Хайман считала, что психоаналитик должен использовать свою эмоциональную реакцию на пациента — свой К. — в качестве ключа для понимания. *Осознание* психоаналитиком своих реакций может, таким образом, обеспечить дополнительный доступ к распознаванию бессознательных ментальных процессов пациента (Сандлер Дж. и др., 1995).

Работы кейнзианского аналитика Ракера (Racker H., 1953) связали К. с таким понятием, как проективная идентификация. Ракер рассматривал К. психоаналитика как реакцию на проективные идентификации пациента. Он различал два типа таких реакций: конкордантные (согласующиеся) и комплементарные (дополнительные). В первом случае аналитик идентифицируется с пациентом; во втором со значимыми объектами переноса пациента. В этом состоянии аналитик испытывает в реакциях К. чувства, которые пациент приписывает его объекту переноса, в то время как пациент повторно испытывает чувства, которые он имел к его первоначальной родительской фигуре (Сандлер Дж. и др., 1995; Марголис Б., 1994).

Уинникот (Winnicott D. W., 1947) предлагал различать чувства, основанные на текущей

идентификации с пациентом, — объективный К. — от реакций К., возникающих из ранних идентификаций и основных задержек в истории самого аналитика — субъективный К. (Марголис, 1994). Объективный К. отражает текущую идентификацию и эмпатический регресс аналитика с пациентом. Объективные чувства вызваны чувствами переноса пациента и, независимо от их характера и интенсивности, остаются ограниченными терапевтическим взаимодействием между аналитиком и пациентом. Они часто упоминаются как индуцированные чувства. Субъективные К. чувства также в значительной степени индуцированы чувствами переноса пациента. Поначалу они заметно не отличаются от объективных. Однако эмпатический регресс аналитика с пациентом скоро уступает регрессу под влиянием актуализировавшихся ранних идентификаций и паттернов приспособления психотерапевта и неразрешенных конфликтов вокруг них.

Объективный К. обычно ограничивается по времени промежутком аналитического сеанса. Когда пациент уходит, аналитик открыт для новых впечатлений от следующего пациента. По контрасту характеристикой субъективного К. является зачастую продление реакций К. за пределы сессии. Чувства гнева, сексуальное волнение, которое не спадает в течение нескольких часов и дней, — часто являются признаками субъективного К. К ним может также относиться то, что аналитик реагирует на всех своих пациентов в любое время с идентичным настроением, например раздражением, беспокойством, депрессией. Другая отличительная черта — отыгрывание вовне. Субъективный контрперенос ограничивается не только сильными чувствами гнева, сексуального возбуждения или отыгрыванием. Часто его присутствие выдается застоем в анализе, вызванным сопротивлением контрпереноса.

Арлоу (Arlow J. A., 1985) выделяет несколько аспектов психоаналитического взаимодействия, которые способствуют появлению К. Первым из них является постоянная идентификация с пациентом, базирующаяся главным образом на разделяемых бессознательных фантазиях.

Это происходит, когда аналитик идентифицируется с пациентом в том смысле, что бессознательные фантазии и желания пациента соответствуют постоянным бессознательным фантазиям и желаниям аналитика. Здесь необходимо провести разграничение между *эмпатией* и К. В эмпатии и в К. происходит идентификация с пациентом. Но в эмпатии идентификация — это лишь временное разделение производных выражений бессознательных фантазий и желаний пациента. При обычном ходе событий за этим следует разрыв идентификации и отделение от пациента. Опыт разделения с пациентом производных бессознательных фантазий служит ключом для понимания конфликтов пациента. В случае К, аналитик остается фиксированным на точке идентификации с пациентом. Он пойман в сети конфликтов, идентичных конфликтам пациента. Соответственно аналитик становится склонным к переживаниям злключения этих конфликтов, и у него может появиться тенденция отыгрывать это или реагировать защитным образом. Довольно сложно провести адекватное различие между временной идентификацией, которая характеризует эмпатию, и постоянной идентификацией, которая приводит к К.

Разрешение этому Арлоу находит в парадоксе — то, что является эмпатией для одного человека, может у другого оказаться К. Эффекты постоянной контртрансферной идентификации различны. Классическое слепое пятно, т. е. «отказ» или неспособность «увидеть», о чем идет речь в материале, является лишь одной формой отклика и, вероятно, самой распространенной. Что происходит в действительности, так это то, что аналитик не хочет, чтобы материал пациента напоминал ему о собственных бессознательных конфликтах. Таким образом, он упускает из вида *интерпретацию* или не может преподнести ее, оправдывая свое нежелание различными рационализациями. В дополнение к этому существует тенденция отклонять внимание пациента от продолжения следования производным его бессознательного конфликта некоторыми интервенциями, которые привлекают внимание к другим элементам материала, а также занимать моралистическую позицию и осуждать в пациенте то, что аналитик не может выносить в себе самом.

Вторая форма К. нарушений вытекает из природы материала, который представляет пациент. Это может пробуждать фантазийные желания в аналитике, которые не являются обязательно идентичными бессознательным желаниям пациента. Они могут быть дополнительными, как в случае желания пациента быть спасенным и желания аналитика спасти. В примерах, где существует сильный, неразрешенный действующий у аналитика конфликт, материал, достаточно удаленный по отношению к центральным конфликтам пациента, может тем не менее оказывать пробуждающий эффект на



потенциал аналитика к К.

И в-третьих, существуют примеры, в которых нечто в самой аналитической ситуации как таковой пробуждает конфликты аналитика. Уже упоминалось желание спасать. Аналитический сеттинг может быть представлен как театр, где аналитик может играть некую бессознательную роль центрального действующего лица перед восхищенной аудиторией — возможность обнаружить свой ум или использовать аналитическую ситуацию как пробную площадку для своих способностей. С другой стороны, он может принять роль восхищенного слушателя, бессознательно идентифицируясь с пациентом. Физические условия аналитической ситуации, лежащий пациент, пассивность аналитика и/или пациента может прочитываться аналитиком в терминах, стимулирующих бессознательные желания, связанные с пассивностью, мазохизмом и т. д.

Рассматривая сложность феномена К., Сандлер и др. (1995) приходят к следующим выводам: 1) в ходе терапии у аналитика возникают реакции в виде К., и эти реакции существуют на протяжении всего лечения; 2) К. может привести к осложнениям в ходе психоаналитического процесса или к неправильному его проведению. Это может произойти, если (и когда) психоаналитик не осознает какие-то аспекты своих К. реакций на пациента или не способен справиться с ними в случае, когда он их осознает; 3) постоянное внимательное изучение аналитиком всего разнообразия своих чувств и отношений к пациенту может способствовать более глубокому проникновению в процессы психической жизни пациента.

**КОНТРПРОЕКЦИЯ ПО ХЭВЕНСУ.** Метод Хэвенса (Havens I.) является одним из немногих предложенных для работы с психотическими больными, находящимися в остром бредовом состоянии. Цель метода — не воздействие на собственно бредовую симптоматику, а установление терапевтического контакта с бредовым больным, облегчающее проведение биологической терапии, а в дальнейшем — и психотерапии.

Психотерапевт в общении с больным формально признает возможность соответствия его восприятия реальности. Жалобы больного ни оспариваются, ни подкрепляются. Врач действует в соответствии с тем, что мир, описываемый параноидным больным, в принципе можно себе вообразить.

Есть несколько технических приемов контрпроекции. Во-первых, психотерапевт старается расположиться не напротив больного, а рядом с ним, избегая контакта взглядов и *конфронтации* с больным. Последняя заменяется взаимодействием, которое можно сравнить с поведением пассажира-попутчика, пытающегося увидеть из окна мир в том же ракурсе. В этом смысле и психотерапевт, и больной смотрят из одного и того же окна автобуса. Во-вторых, эмпатические контрпроективные высказывания должны по возможности обходить болевые точки, не задерживаться на них. Здесь уместен пример самого Хэвенса: если пациент, натолкнувшись в темноте, ушиб ногу, не следует говорить: «Наверное, вам было больно», лучше сказать: «Этот проклятый старый стул!» В-третьих, цель контрпроекции не в том, чтобы не противоречить больному, а лишь в том, чтобы не вставать у него на пути. Так, психотерапевт не скажет, соглашаясь с пациентом: «Врачи в этой больнице — садисты», а скорее заметит: «Может показаться, будто врачи в этой больнице пытаются сделать вам больно». Таким образом психотерапевт как бы дистанцирует себя от «мучителей» больного и может более спокойно обсуждать с ним его реальные мотивы и чувства, несмотря на то, что первоначально пациент, в силу параноидных механизмов проекции, приписывает их кому-то другому.

**КОНФРОНТАЦИОННАЯ ТЕХНИКА** (confrontation). Основывается на выявлении противоречий в поведении, высказываниях, чувствах пациента и демонстрации ему этих противоречий. Выявление и анализ психических противоречий — важный аспект многих психотерапевтических методов. Описана в качестве самостоятельного приема (Bastine R., Kommer D., 1979).

При применении методики основное внимание обращается на противоречия между желаемым (с точки зрения пациента) и реальным поведением пациента, содержанием его вербальных коммуникаций и их оформлением (тон, жестикация), между вербальным и невербальным поведением. Показана лишь при наличии хорошего эмоционального контакта между пациентом и психотерапевтом. Имеется опыт успешного применения при нарушениях поведения у лиц с акцентуацией характера и психопатиями.

См. также *Конфронтация*.

**КОНФРОНТАЦИОННЫЙ МЕТОД ГАРНЕРА.** Метод Гарнера (Garner H. H.) фокусируется на

конфликте между осознанным или неосознанным желанием больного достигнуть какой-то цели и стремлением уйти от нее. Для методики характерны вмешательства в форме частых директивных обращений к больному, сопровождаемых вопросом: «Что вы думаете или чувствуете о том, что я сказал вам?» Ответы больного можно распределить по 3 ступеням: полное согласие, согласие с оттенком критики, критическое отвергание. Подобное изучение ответов больного имеет целью избежать бездумного, «попугайного» повторения инсайтных суждений. Провоцирующие вопросы психотерапевта требуют, чтобы больной исследовал роль психотерапевта и интеракционную динамику отношений с ним, попытался переоценить стереотипную природу мышления и поведения и выработать взаимно удовлетворяющее решение конфликтов.

Фокус психотерапии может быть ограничен или же включать разрешение ядерного конфликта, существовавшего в ранней жизни больного. Например, больные с проблемами зависимости или боязнью потерять родителя могут слышать от психотерапевта высказывание, содержащее элементы *конфронтации*: «Перестаньте думать, что вы не способны ухаживать за собой» или «Вы ведете себя как самое беспомощное, неспособное существо на свете». После каждого из таких суждений задается вопрос: «Что вы думаете или чувствуете о том, что я сказал вам?», который действует как рычаг для исследования мотивации к психотерапии и включению в активное проблемно-решающее поведение.

Конфронтация может быть использована дополнительно в любой форме инсайт-ориентированной психотерапии, когда выявлен ясно определенный конфликт, а также может применяться для укрепления конструктивных форм *психологической защиты* или для преодоления невротических форм, особенно результативно — в работе с подростками, употребляющими наркотики. Одной из целей таких суждений является проверка того, насколько полно понят больным тезис, подчеркиваемый психотерапевтом. Неправильное понимание при этом может быть немедленно скорректировано. Конфронтация может быть также использована как средство поведенческого или иного психагогического воздействия, как клин, забиваемый между когнитивными структурами, неправильно связанными между собой. Автор ограничивает применение данного метода, исключая использование его в работе с больными с психозами и пограничными синдромами.

**КОНФРОНТАЦИЯ.** 1) Противопоставление, столкновение, противостояние мнений, людей или группировок. В таком социально-психологическом смысле термин может употребляться при описании процесса групповой или *семейной психотерапии*. 2) В психотерапии — один из основных технических приемов: предъявление пациенту или группе неосознаваемых или амбивалентных установок, отношений или стереотипов поведения с целью их *осознания* и проработки. Может проводиться как в прямой (жесткой, вербальной) форме, так и в скрытой — с использованием психотерапевтических метафор и невербальных приемов.

Ряд психотерапевтов негативно относятся к конфронтационным приемам и противопоставляют их эмпатическим (эмпатическая психотерапия). Базируется это заблуждение на смешении психотерапевтического и социально-психологического смысла термина, когда К. понимается как «противоборство» психотерапевта и пациента или группы; на переоценке значения эмпатических приемов, являющихся основой установления контакта и диагностического этапа в работе с пациентами, но недостаточных для психокоррекционных вмешательств, эффективного завершения большинства краткосрочных форм психотерапии; на личностном избегании «жестких, психохирургических» техник, ставящих под угрозу «добрые» отношения с пациентом и психологический комфорт психотерапевта, но необходимых для радикальной помощи пациенту; на неконтролируемой идентификации с защитными установками пациентов («Хочу, чтобы зуб не болел, но сверлить не надо»).

Наиболее разработаны конфронтационные приемы в *психоаналитической психотерапии*.

**КОПИНГ-МЕХАНИЗМЫ (МЕХАНИЗМЫ СОВЛАДАНИЯ)** (от англ. coping — совладание). Изучение поведения человека в стрессовых ситуациях привело к выявлению механизмов совладания, или копинг-механизмов, определяющих успешную или неуспешную адаптацию.

Впервые термин «coping» был использован Мерфи (Murphy L.) в 1962 г. в исследованиях способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития. К ним относились активные усилия личности, направленные на овладение трудной ситуацией или проблемой. В последующем понимание К.-м. (М. с.) было тесно связано с исследованиями психологического стресса. Лазарус (Lazarus R. S., 1966) определял К.-м. (М. с.) как стратегии действий, предпринимаемые

человеком в ситуациях психологической угрозы, в частности в условиях приспособления к болезни как угрозе (в разной мере, в зависимости от вида и тяжести заболевания) физическому, личностному и социальному благополучию.

В теории копинг-поведения, основанной на работах когнитивных психологов Лазаруса и Фолькмана (Lazarus R., Folcman S., 1984, 1987), выделяются базисные копинг-стратегии: «разрешение проблем», «поиск социальной поддержки», «избегание» и базисные копинг-ресурсы: Я-концепция, локус контроля, *эмпатия*, *аффилиация* и когнитивные ресурсы. Копинг-стратегия разрешения проблем отражает способность человека определять проблему и находить альтернативные решения, эффективно справляться со стрессовыми ситуациями, тем самым способствуя сохранению как психического, так и физического здоровья. Копинг-стратегия поиска социальной поддержки позволяет при помощи актуальных когнитивных, эмоциональных и поведенческих ответов успешно совладать со стрессовой ситуацией. Отмечаются некоторые половые и возрастные различия в особенностях социальной поддержки. В частности, мужчины чаще обращаются за инструментальной поддержкой, а женщины — как за инструментальной, так и за эмоциональной. Молодые пациенты наиболее важным в социальной поддержке считают возможность обсуждения своих переживаний, а пожилые — доверительные отношения. Копинг-стратегия избегания позволяет личности уменьшить эмоциональное напряжение, эмоциональный компонент дистресса до изменения самой ситуации. Активное использование индивидом копинг-стратегии избегания можно рассматривать как преобладание в поведении мотивации избегания неудачи над мотивацией достижения успеха, а также как сигнал о возможных внутриличностных конфликтах (Ялтонский В. М., 1994).

Одним из основных базисных копинг-ресурсов является Я-концепция, позитивный характер которой способствует тому, что личность чувствует себя уверенной в своей способности контролировать ситуацию. Интернальная ориентация личности как копинг-ресурс позволяет осуществлять адекватную оценку проблемной ситуации, выбирать в зависимости от требований среды адекватную копинг-стратегию, социальную сеть, определять вид и объем необходимой социальной поддержки. Ощущение контроля над средой способствует эмоциональной устойчивости, принятию ответственности за происходящие события. Следующим важным копинг-ресурсом является *эмпатия*, которая включает как сопереживание, так и способность принимать чужую точку зрения, что позволяет более четко оценивать проблему и создавать больше альтернативных вариантов ее решения. Существенным копинг-ресурсом является также *аффилиация*, которая выражается как в виде чувства привязанности и верности, так и в общительности, в стремлении сотрудничать с другими людьми, постоянно находиться с ними. Аффилиативная потребность является инструментом ориентации в межличностных контактах и регулирует эмоциональную, информационную, дружескую и материальную социальную поддержку путем построения эффективных взаимоотношений. Успешность копинг-поведения определяется когнитивными ресурсами. Развитие и осуществление базисной копинг-стратегии разрешения проблем невозможно без достаточного уровня мышления. Развитые когнитивные ресурсы позволяют адекватно оценить как стрессогенное событие, так и объем наличных ресурсов для его преодоления.

Была сделана попытка объединить в единое целое защитные механизмы и К.-м. (М. с.). При постановке психотерапевтических задач такое объединение адаптивных реакций личности представляется целесообразным, так как механизмы приспособления личности к болезни на разных этапах заболевания и его лечения чрезвычайно многообразны — от активных гибких и конструктивных до пассивных, ригидных и дезадаптивных механизмов *психологической защиты*.

Цели К.-м. (М. с.) могут быть различными у пациента, психотерапевта и лиц из ближайшего окружения больного. Пациент заинтересован в обретении психического равновесия, ослаблении и устранении болезненных расстройств, эффективном приспособлении к жизни при проявлениях болезни и ее последствиях в случае хронического течения заболевания, оптимальной адаптации к требованиям лечения. Основными целями использования психотерапевтом К.-м. (М. с.) пациента является развитие позитивного отношения к мотивации больного к лечению, его активное сотрудничество в терапии, эмоциональная устойчивость и терпеливость в процессе терапии. Лица из ближайшего окружения пациента ожидают от него сохранения прежнего статуса в семье и на работе, поддержания социальных контактов. Психотерапевту важно учесть все это многообразие целей для развития разнонаправленных

К.-м. (М. с.).

Типы (модальности) К.-м. (М. с.) могут проявляться когнитивными, эмоциональными и поведенческими стратегиями функционирования личности больного. К когнитивным стратегиям относятся следующие К.-м. (М. с.): отвлечение или переключение мыслей на другие, «более важные» темы, чем болезнь; принятие болезни как чего-то неизбежного, проявление своего рода определенной философии стоицизма; диссимуляция болезни, игнорирование, снижение ее серьезности, даже подшучивание над болезнью; сохранение апломба, стремление не показывать своего болезненного состояния другим; проблемный анализ болезни и ее последствий, поиск соответствующей информации, расспрос врачей, обдумывание, взвешенный подход к решениям; относительность в оценке болезни, сравнение с другими, находящимися в худшем положении; религиозность, стойкость в вере («со мною Бог»); придание болезни значения и смысла, например отношение к болезни как к вызову судьбы или проверке стойкости духа и др.; самоуважение — более глубокое *осознание* собственной ценности как личности.

Эмоциональные стратегии К.-м. (М. с.) проявляются в виде: переживания протеста, возмущения, противостояния болезни и ее последствиям; эмоциональной разрядки — отреагирования чувств, вызванных болезнью, например, плачем; изоляции — подавления, недопущения чувств, адекватных ситуации; пассивного сотрудничества — доверия с передачей ответственности психотерапевту; покорности, фатализма, капитуляции; самообвинения, возложения вины на себя; переживания злости, раздражения, связанных с ограничением жизни болезнью; сохранения самообладания — равновесия, *самоконтроля*.

Поведенческими стратегиями К.-м. (М. с.) являются следующие: отвлечение — обращение к какой-либо деятельности, уход в работу; альтруизм — забота о других, когда собственные потребности отодвигаются на второй план; активное избегание — стремление избегать «погружения» в процесс лечения; компенсация — отвлекающее исполнение каких-то собственных желаний, например покупка чего-то для себя; конструктивная активность — удовлетворение какой-то давней потребности, например совершить путешествие; уединение — пребывание в покое, размышление о себе; активное сотрудничество — ответственное участие в диагностическом и лечебном процессе; поиск *эмоциональной поддержки* — стремление быть выслушанным, встретить содействие и понимание.

Наряду с Бернским опросником «Способы преодоления критических ситуаций» Хайма (Heim E.), описанным выше, при исследовании механизмов совладания применяется также психодиагностическая методика «Индикатор стратегий преодоления стресса», созданная Амирханом (Amirhan J. H.) в 1990 г. и адаптированная В. М. Ялтонским в 1994 г. Методика представляет собой самооценочный опросник, определяющий базисные копинг-стратегии (разрешение проблем, поиск социальной поддержки и избегание) и их выраженность — структуру совладающего со стрессом поведения.

Из описания К.-м. (М. с.) видна, с одной стороны, их близость к защитным механизмам, а с другой — их различие по параметру активности (конструктивности) — пассивности (неконструктивности). Наиболее продуктивными из них при проведении психотерапии являются: активное сотрудничество пациента в диагностическом и лечебном процессе, активный поиск поддержки в терапевтической и социальной среде, проблемный анализ болезни и ее последствий, разумная степень игнорирования болезни и юмористический подход к ней (определенное дистанцирование в отношении к проявлениям заболевания), стоицизм и терпеливость, сохранение самообладания, противостояние болезни, эмоциональная разрядка и альтруизм. Нередко психотерапевту трудно проводить конструктивную модификацию механизмов психологической защиты или их устранение, даже если он создает устойчивую эмпатическую коммуникацию с пациентом, которая ослабляет и снижает необходимость использования им защиты. В этом случае наиболее целесообразен акцент в психотерапевтической работе на поддержание и развитие у пациента К.-м. (М. с.).

См. также *Стресс и его преодоление (копинг) по Лазарусу, Мейхенбауму, Перре*.

**КОРРЕКТИВНЫЙ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ.** Понятие введено Александером (Alexander F. G., 1965), который рассматривал К. э. о. как главный терапевтический фактор в *психоанализе* и в психоаналитически-ориентированной психотерапии.

В то время как другие психоаналитики традиционно подчеркивали значение аналогии патогенной ситуации в раннем детстве и *переноса* в аналитической ситуации, автор указывал на

терапевтическую ценность различия между конфликтными отношениями в детстве и актуальными отношениями «психотерапевт—пациент». Это различие и создает возможности для развития К. э. о. Новое разрешение старого, вытесненного конфликта в условиях переноса возможно не только благодаря тому, что интенсивность конфликта переноса менее значительна, чем детского конфликта, но и потому, что фактическая реакция психотерапевта на эмоциональное реагирование пациента совершенно не похожа на первоначальную реакцию родителей. Это различие в отношениях «психотерапевт—пациент» и «родитель—ребенок» открывает перед пациентом возможности модифицировать прежние, дезадаптивные эмоциональные стереотипы. Так, если в основе исходной, детской ситуации, которую пациент повторяет при переносе, лежат отношения между строгим отцом и напуганным сыном, то психотерапевт должен вести себя мягко, давая пациенту свободу действий. Если же отец занимал по отношению к сыну позицию слепой, всепрощающей любви, психотерапевту следует держаться более жестко.

Различные психотерапевтические направления, особенно психодинамической ориентации, использовали феномен К. э. о. Он рассматривался обычно не в контексте эдипова конфликта, а в рамках сформировавшегося дезадаптивного стереотипа межличностных отношений пациента. При проведении личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии К. э. о. учитывается на этапах установления *психотерапевтического контакта* и реконструкции нарушенной системы отношений личности больного. Пациент обычно неосознанно стремится вызвать у психотерапевта реакции, которые были бы повторением его прежних межличностных контактов. Для психотерапевта важно не оказаться вовлеченным в такого рода общение. У пациентов с астеническим стилем реагирования, как правило, проявляются тенденции агрессивности или пассивности и подчиняемости. Реакции окружающих на поведение больного обычно выражаются в раздражении, конфликтах с ним либо в доминировании и проявлении опеки. Психотерапевт, естественно, должен вести себя иначе. Агрессивный больной встречает со стороны психотерапевта мягкий, сдержанно-спокойный подход. Пациенту с ожиданием опеки и руководства психотерапевт предлагает разделить ответственность, проявить активность, подводит к необходимости принятия самостоятельных решений в трудных ситуациях. При истерической структуре характера отмечается стремление к доминированию в общении с окружающими, связанное с зависимостью от них и тенденцией к манипулированию с целью контроля над своим окружением, завоевания признания, внимания и привязанности. Одни пациенты стремятся достичь этих целей посредством требовательности, *сопротивления*, борьбы, агрессивной манеры в общении с психотерапевтом, другие добиваются одобрения психотерапевта своей мягкой, зависимой манерой поведения. Психотерапевту важно избежать навязываемого пациентами стиля общения. Для поведения личности с обсессивно-психастенической структурой характерен усиленный *самоконтроль*, осторожность, сдержанность в выражении чувств, зависимость. Окружающие реагируют на этот коммуникативный стиль так же сдержанно, недоверчиво, избегая в конечном счете контактов с больным. Психотерапевт же, напротив, должен проявить теплое, доброжелательное отношение, открыто и спонтанно выражая свои реакции в общении с пациентом. Использование К. э. о. в психотерапии позволяет перестроить самофрустрирующий стереотип поведения пациента на модели его отношений с психотерапевтом и выработать новое, более адаптивное поведение.

**КОСВЕННОЕ ВНУШЕНИЕ.** Разновидность *внушения*, при котором его содержание подкрепляется строго определенными и конкретными условиями, при наличии которых оно будет реализовываться. В случае К. в. используется дополнительный раздражитель, приобретающий новое информационное значение из-за произведенного прямого внушения. Эта форма внушения является основой опосредующей и потенцирующей психотерапии (см. *Психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии*).

Уверенность больного в лечебном эффекте является активным фактором, который играет важную роль при проведении всех видов терапии. Благоприятная общая обстановка лечения, укрепление медицинским персоналом надежды больного на эффективность лечебной процедуры способны усилить ее действие. Механизм «вооруженного внушения» Шарко (Charcot J. M.), «чрезпредметного» внушения или косвенного психотерапевтического эффекта (Бехтерев В. М., 1911) необходимо иметь в виду при использовании любых лечебных воздействий, в том числе биологической природы.

Примером косвенной психотерапии является использование различного рода «масок» (см. *Методика «маска»*). В качестве еще одной формы К. в. может рассматриваться *плацебо-терапия*. К. в. используется при лечении нервно-психических расстройств; Ю. В. Каннабих и др. (1935), А. Л. Мясников (1954) применяли его для лечения внутренних болезней, С. М. Берг (1926) — при малых хирургических операциях, Н. Г. Безюк (1941), А. И. Картамышев (1942) — при лечении некоторых дерматозов, К. И. Платонов (1941) — при обезболивании родов и токсикозах беременности.

**КОТЕРАПЕВТ.** Психотерапевт, непосредственно и целенаправленно сотрудничающий с коллегой (коллегами) в организации конкретного психотерапевтического процесса.

Институт котерапевтов (cotherapy, teamwork, multiple psychotherapy) наиболее характерен для семейной и *групповой психотерапии*, рядом школ рассматривается как необходимое условие их проведения. Становление института котерапевта связывают с именами Халса (Hulse W. C.) в *групповой психотерапии* (1950-е гг.) и Витакера (Whitaker C. A., 1975) — в *семейной психотерапии*. В современных направлениях *индивидуальной психотерапии* также отмечается тенденция смены диадных отношений «врач—больной» бригадным обслуживанием пациента двумя (*нейролингвистическое программирование*) или несколькими психотерапевтами (*краткосрочная позитивная психотерапия*).

Можно выделить три основные функциональные позиции котерапевта, в разной мере акцентируемые различными школами.

Интенсифицирующая функция — участие нескольких психотерапевтов позволяет делать вмешательство более интенсивным при их одновременной работе (*биполярная терапия*) или более продолжительным при последовательном обмене ролями ведущего и рекреации (см. *Марафон*).

Дополняющая функция по профессиональному (врач и психолог) или половому признаку (мужчина и женщина) чаще акцентирует взаимодополнительность ролевых позиций — эмпатически ориентированный психотерапевт, устанавливая и поддерживая контакт с пациентом, облегчает директивные вмешательства технически ориентированного коллеги и т. п. Возможна техническая дополняемость (чаще в *тренинге*), когда котренер реализует определенные приемы, в которых специализируется.

Супервизорская функция — котерапевт берет на себя роль *супервизора* по отношению к коллегам в пассивно-наблюдательной форме, предоставляя им *обратную связь* после сеанса, или в активно-контролирующей, что позволяет ему вмешиваться в психотерапевтический процесс во время занятия.

В отечественной практике преимущественно используется дополняющая функция котерапевтов в групповой психотерапии.

**КРАТКОСРОЧНАЯ ПОЗИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** В последнее время чаще употребляется другое название — консультирование и терапия, ориентированные на решение проблемы — solution talk. Одно из направлений современной новой волны в психотерапии, центрированное на активизации собственных ресурсов пациентов для решения их проблем. В качестве основоположников К. п. п. можно выделить Шазера (Shazer S. De, США), Уайт (White M., Австралия), Эпстона (Epston D., Новая Зеландия), Ахолу и Фурмана (Ahola T., Furman B., Финляндия).

Несмотря на то что практикующие К. п. п. являются принципиальными противниками концепций в работе с пациентами, в теоретическом осмыслении своего опыта, как и в любой хорошей теории, можно выделить «три источника и три составные части». Три источника — это установки (Эриксон (Erickson M. H.)); опыт системной (Миланская школа Сельвини-Палаццоли (Selvini-Palazzoli M. S.)) и стратегической (Хейли (Haley J.), Маданес (Madanes C.)) *семейной психотерапии* и *психоанализ*.

Последнее утверждение может вызвать несогласие и недовольство представителей К. п. п., поскольку они принципиальные антианалитики и считают, что анализ причин болезни или проблемы неминуемо приводит к появлению или усилению чувства вины, которое тем более выражено, чем глубиннее и активнее *осознание* пациентом и его близкими «патогенетических причин». Именно такие «побочные» самообвинения и обвинения своих близких, по мнению сторонников К. п. п., являются препятствием к сотрудничеству пациента и его близких с психотерапевтом, причиной низкой эффективности и длительности психодинамической психотерапии. Исходя из этой установки, К. п. п. не фиксируется на поиске причин дискомфорта своих пациентов, а ориентирована на выявление и

активацию ресурсов для его преодоления, что вполне созвучно установкам Эриксона. Однако, в отличие от его непосредственных последователей, они не эксплуатируют трансовые состояния своих пациентов для «диалога с бессознательным», а апеллируют к их сознанию и вызывают позитивные *инсайты*. Ведущий психоаналитический вопрос «почему?» часто адресуется пациентам в рамках К. п. п., но ориентирован не на поиск патогенного конфликта, а на выявление саногенных атрибуций, базирующихся на субъективной концепции здоровья — болезни данного пациента и его близких (внутренней картине болезни). Отношение сторонников К. п. п. к психоанализу, который является базой их теоретического образования и психотерапевтического опыта, напоминает подростковый негативизм в отношении авторитета отца, зависимость от которого пытаются преодолеть, делая все наоборот: если психоанализ — длительный процесс, то К. п. п. принципиально краткосрочна, если психоанализ подчеркивает значимость платного обслуживания пациентов, то представители К. п. п. принципиально обслуживают их бесплатно и т. п. И в одном, и в другом подходе есть рациональное зерно, подростковость лишь в перевернутом отражении низвергаемого авторитета. Но для краткосрочных психотерапевтов и почитаемые ими классики семейной психотерапии не являются непрекращаемыми авторитетами, а их технические принципы — неопровержимыми догмами. Так, если для классической семейной психотерапии непреложно требование посещения психотерапевтических занятий всей семьей, а обсуждение семейной динамики и формирование терапевтической программы осуществляется коллективом психотерапевтов в кулуарах, то краткосрочные психотерапевты творчески расширили возможности семейной психотерапии, не предъявляя пациенту и его семье таких жестких требований, а обсуждение терапевтической программы проводят совместно с пациентом и его близкими (принцип «гласности в психотерапии»).

Три составные части — это основные принципы К. п. п.: 1) опора только на позитивное в жизни пациента, его ресурсы; 2) использование только позитивных *подкреплений* в работе с пациентом и его близкими; 3) позитивистский (в философском смысле) подход. Поиск ресурсов может быть ориентирован на прошлое («Что раньше помогало вам преодолевать подобные проблемы? Как такие проблемы разрешали ваши родственники, знакомые?»), на настоящее («Что сейчас помогает вам разрешать проблему, хотя бы временно?») и на будущее («Кто или что могло бы вам помочь в разрешении проблемы?»). Не способствует ли опора только на позитивное в работе с пациентом формированию «розовой иллюзии», одностороннего и неадекватного «радужного мировосприятия»? Признавая односторонность и иллюзорность такого мировосприятия, позитивные психотерапевты подчеркивают столь же одностороннее, но «черное» мировосприятие, характерное для абсолютного большинства пациентов, и задачей психотерапии считают формирование более диалектического мировоззрения, расширяя его подключением «светлого» видения и надежды. Использование только позитивных подкреплений в работе с пациентом позволяет раскрепостить и активизировать его позитивные воспоминания, интуицию и способность конструктивно фантазировать, сделать доступной его субъективную концепцию здоровья — болезни, которую обычно пациенты стыдятся предъявлять психотерапевту в связи с ее «ненаучностью и наивностью». Позитивистский подход к психотерапии, принципиальное предоставление ведущей роли опыту и интуиции пациента, его близких и психотерапевтов, сознательное преодоление жестких рамок любых психотерапевтических концепций позволяют позитивным психотерапевтам разрешить стереотип поэтапного врачебного взаимодействия с пациентом (симптоматическая диагностика — постановка синдромального и/или нозологического диагноза — построение модели терапевтического воздействия — собственно терапевтические мероприятия с оценкой *обратной связи*) и начинать работу с пациентом непосредственно с коррекционных мероприятий, лишь в случае неэффективности приемов на когнитивном уровне анализировать проблемы пациента и моделировать терапевтические воздействия с учетом отрицательной обратной связи на первичное воздействие.

Курс психотерапии (консультирования) — в среднем 3-4 занятия при ориентации психотерапевтов на желательность и возможность психотерапии одной беседы. Продолжительность занятия обычно более часа, первого — зачастую более двух часов. Промежутки между занятиями от нескольких дней до нескольких месяцев. Такое амбулаторное обслуживание пациентов осуществляется обычно бригадой психотерапевтов. Пациент может прийти один, но всегда приветствуется участие в занятиях его родственников или знакомых.

В широком спектре системно-семейных, поведенческих, парадоксальных и метафорических, даже дзэн-буддийских психотехник, используемых в рамках К. п. п., можно выделить ряд наиболее часто применяемых приемов.

«Опора на прогресс» — трехшаговая методика активизации саногенных механизмов, атрибутируемых субъективной концепцией здоровья — болезни пациента: 1) Был ли в последнее время такой период, когда проблема исчезала или значительно уменьшалась? Была ли ремиссия? Как вы думаете почему? Что способствовало ремиссии? Что мы все могли бы сделать, чтобы закрепить эти механизмы?

«Фантазии о будущем» — трехшаговая методика позитивного программирования будущего, также базирующегося на субъективной концепции здоровья—болезни; третий шаг («благодарности») ориентирован на прямое или парадоксальное усиление сотрудничества микросоциального окружения пациента в преодолении проблемы: 1) Когда вы поправитесь? Когда проблема может разрешиться? 2) Что может этому способствовать? Пофантазируйте: если бы мы вас встретили через тот период времени, который вы указали (1), и у вас действительно было бы все в порядке, и если бы мы вас спросили тогда: «Что вам помогло?» — то что бы вы нам ответили? Повторными вопросами — Что еще могло бы вам помочь? — формируется развернутая саногенная программа, включающая желательное поведение микросоциального окружения и специалистов и их рекомендации. 3) Продумайте, как вы будете благодарить всех людей, включенных в вашу замечательную программу, за их помощь? После того как параллельная «программа благодарностей», учитывающая личностную значимость для конкретных людей из микросоциального окружения, сформирована, пациенту предлагается начать реализовывать авансом «программу благодарностей».

«Знаки улучшения» — переключение внимания пациента с симптомов болезни и проявлений проблемы на признаки улучшения, косвенное усиление саногенных механизмов и механизмов разрешения проблемы: Что происходит с вами и в вашем окружении, когда проблема отсутствует? Как мы могли бы узнать, что проблема разрешена, по каким конкретным признакам?

«Проблема как решение». Чему научила вас эта проблема? В чем она была полезна для вас?

«Новое позитивное название». Придумайте какое-нибудь новое название для своей проблемы, какое-нибудь хорошее имя, чтобы мы могли использовать его в беседе.

Эти приемы позволяют пациенту принять свою проблему, отказаться от *конфронтации* с ней, которая завела его в тупик, и на этой основе найти конструктивное компромиссное решение.

Основные положения К. п. п. выглядят так:

1. Причины проблем каждого человека лежат в прошлом, но в его собственном опыте заложены и ресурсы для разрешения этих проблем. «Каждый пациент знает решение своей проблемы даже в том случае, когда ему кажется, что он не знает» (Эриксон).

2. Анализ причин проблемы сопровождается самообвинительными переживаниями пациента и обвинениями своих близких, что не способствует психотерапевтическому сотрудничеству. Поэтому более конструктивно выявлять и активизировать ресурсы пациента для решения проблемы.

3. Рамки любой психотерапевтической концепции всегда уже, чем индивидуальные особенности и опыт конкретных пациентов и их семей. Принимаемая концепция может навязывать нереалистичные и неэффективные решения в силу догматической веры и логической «красоты». Интуитивный опыт закрепляет и подсказывает только эффективные решения.

4. Человек не волен освободиться от всех болезней и проблем, но у него есть возможность сменить «черное» видение своей жизни и мира на более диалектическое мировоззрение. Это способствует преодолению проблем. Конфронтация, «борьба» с проблемой в большинстве случаев не эффективна, принятие проблемы — путь к компромиссному решению.

См. также *Эриксоновский гипноз, Решение-фокусированная психотерапия*.

**КРАТКОСРОЧНАЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Термин «краткосрочная» предложен в 1950-60-х гг. представителями психоаналитического, психодинамического направления психотерапии. До сих пор продолжаются острые дискуссии о возможности и допустимости краткосрочных форм психотерапевтической помощи, вступающих в противоречие с базисным психотерапевтическим постулатом «глубинности—долгосрочности».

Несмотря на то, что курс *психоанализа*, проводимого самим *Фрейдом* (Freud S.), был



относительно коротким (от 3 до 6 месяцев), а некоторые из его ближайших учеников (Ференци (Ferenczi S.), Ранк (Rank O.)) целенаправленно ограничивали психотерапию 10-12 занятиями, только историческая необходимость периода после окончания Второй мировой войны, количественное и качественное (за счет малоимущих и защищаемых обществом слоев) расширение спроса на психотерапевтическую помощь заставили ортодоксальных психоаналитиков отказаться от своих позиций. Предметом обсуждения и исследования становится радикальная терапия в течение лишь нескольких лет и возможность краткосрочных ее форм. Сторонниками и основоположниками К. п. п. являются *Александр* (Alexander F. G.), *Сифнеос* (Sifneos P. E.), *Малан* (Malan D. H.), *Манн* (Mann J.), *Девенлу* (Devanloo H.), *Балинт* (Balint M.), *Мармор* (Marmor J.).

Несмотря на различия в их психотерапевтических позициях, можно выделить и общие принципы К. п. п., касающиеся целей, отбора пациентов, фаз и приемов.

1. Краткосрочной считается психодинамическая психотерапия, целенаправленно ограниченная 1-40 занятиями (наиболее распространенный вариант 10-12) при частоте встреч с пациентом приблизительно 1 раз в неделю.

2. Цель К. п. п. — поведенческие изменения в фокусированной области конфликта, в отличие от установки ортодоксальной психодинамической психотерапии на личностное развитие посредством тотального преодоления комплекса базальных конфликтов.

3. Соответственно цели ведущий стратегический принцип К. п. п. — выделение и переработка фокального конфликта, в большинстве случаев эдиповой природы (соперничество, проблемы выигрыша— проигрыша и т. п.). Маркерами такого фокального конфликта являются указания пациента на связанные с ним травмы раннего возраста, повторяющиеся стереотипы травматических переживаний, связь данного конфликта с одной фигурой *переноса* (отцовской или материнской) и с проявлениями блокирования (ингибиции) каких-либо сфер жизнедеятельности пациента. Косвенным показателем адекватного выбора фокального конфликта является аффективная ответная реакция пациента на пробную его *интерпретацию*.

4. Требования к ролевой позиции психотерапевта: способность установить аффективный контакт с пациентом, сочетающаяся с «добросердечным отсутствием заботы», активность в контакте и интерпретациях (в отличие от позиции «нейтрального зеркала» ортодоксального психодинамического психотерапевта).

5. Определенные требования к пациенту. Показания: наличие фокального конфликта эдиповой природы или потеря любимого объекта, высокая мотивация, наличие опыта, как минимум, одних значимых взаимоотношений, способность рефлексировать чувства и конструктивная реакция на пробную интерпретацию. Противопоказания: выраженная депрессия, психотические нарушения (параноидного и/или нарциссического характера), тенденции к патологическому отреагированию переживаний (суицидальное или наркоманическое поведение). Косвенным противопоказанием является преимущественное использование пациентом механизмов проекции и отрицания. К. п. п. в значительно большей мере, чем *долгосрочная психотерапия*, ориентируется на способность самого пациента обобщать и использовать материал, полученный в процессе психотерапии.

6. Фазы К. п. п. Первая, отборочная фаза направлена на диагностику мотивации и силы «Я» пациента и выделение фокального конфликта (1-2 первых занятия), заключение *психотерапевтического контракта*. Вторая фаза посвящена переработке фокального конфликта. Заключительная, третья, фаза сепарации направлена на разрешение переноса и достаточно директивное завершение психотерапии. Дискутируется вопрос об изначальном сообщении пациенту точной даты завершения психотерапии, но считается, что такой технический подход предпочтителен для начинающего психотерапевта, так как избавляет его от переживаний вины и чувства, что он «покидает пациента». Естественно, у больного остается возможность вновь обратиться к врачу при возникновении проблем. Но даже в случае планирования повторного курса перерыв полезен для проверки практикой полученных *инсайтов*.

7. Помимо обычных для психодинамической психотерапии реконструктивных приемов когнитивного и идентификационного *научения*, используются специфические их модификации. Ведущий технический принцип «кресло вместо кушетки» означает для психодинамического психотерапевта ориентацию на чувство стыда пациента вместо чувства вины, эксплуатируемого в ортодоксальной психодинамической психотерапии. Анализ защиты и *сопротивления* в процессе К. п. п.

центрируется на выбранном психотерапевтом фокальном конфликте, а интерпретации переноса ограничиваются одним значимым лицом из прошлого, связанным с этим конфликтом.

8. Ведущий психотерапевтический принцип К. п. п. — переработка фокального конфликта, являющегося причиной блокирования в значимых жизненных сферах пациента, — позволяет ему пережить возврат энергии и активности, которые могут быть им использованы для разрешения жизненных проблем.

В настоящее время формируются и более новаторские подходы в К. п. п. Так, например, Зиндел (Zindel Ph., Швейцария), нарушив «аналитическое табу», использует *эриксоновский гипноз* для ускорения фазы *свободных ассоциаций* и переработки психодинамических конфликтов. Многие психодинамические психотерапевты начинают уделять все большее внимание позитивным ресурсам пациента. Таким образом, К. п. п. служит своеобразным мостиком для перехода от аналитической психодинамической психотерапии к современной *интегративной психотерапии*.

**КРАТКОСРОЧНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ** (short-term, brief, time-limited, immediate therapy). Несмотря на кажущуюся смысловую однозначность, весьма расплывчатое понятие вне связи с конкретными концептуальными рамками: начиная от *краткосрочной психодинамической психотерапии* в течение нескольких месяцев до психотерапии одной встречи в рамках *поведенческой психотерапии* или *краткосрочной позитивной психотерапии*. В любом случае подразумеваются существенные (в среднем 10-кратные) ограничения во времени по сравнению с аналогичными «классическими» формами психотерапии. В *групповой психотерапии* аналогом краткосрочной формы является *марафон*.

Обилие терминологических синонимов в англоязычной литературе объясняется современными тенденциями практически всех концептуальных и методических направлений к краткосрочности, базирующейся на повышении интенсивности и интегративности (*интегративная психотерапия*), и конкуренцией в снижении материальных затрат без снижения эффективности. Психотерапевтами нашей страны термин К. п. практически не используется, поскольку абсолютное большинство наших традиционных организационных форм изначально краткосрочны.

В современных направлениях (например, *эриксоновский гипноз*, краткосрочная позитивная психотерапия) краткосрочность является одним из основных принципов, страхующих пациентов от развития «психотерапевтического дефекта или пристрастия», «бегства в психотерапию» и перекладывания ответственности за свою жизнь на психотерапевта.

**КРИЗИСНАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ.** Скорая медико-психологическая помощь лицам, находящимся в состоянии кризиса.

Практика К. и. базируется на теории кризиса Линдемана (Lindemann E., 1944) и концепции стадий жизненного цикла и кризиса идентификации Эриксона (Erikson M., 1950). Кризис понимается как состояние человека при блокировании его целенаправленной жизнедеятельности, как дискретный момент развития личности. Затяжной, хронический кризис несет в себе угрозу социальной дезадаптации, суицида, нервно-психического или психосоматического страдания. Хронизация кризиса характерна для людей с выраженной акцентуацией характера и незрелым мировоззрением (инфантильным — «мир прекрасен» или подростковым — «мир ужасен»), однонаправленностью (негармоничностью) семейных и профессиональных жизненных установок. Именно такие люди нуждаются в помощи в период переживания кризиса, который воспринимается ими не только как трудный и ответственный период в жизни, но и как «тупик, делающий дальнейшую жизнь бессмысленной».

Ведущими методами К. и. являются психотерапия (*кризисная психотерапия*) и кризисное консультирование (*психологическое консультирование*). За рубежом К. и. проводится не только государственными медико-психологическими учреждениями — кризисными центрами и кабинетами (*кабинет социально-психологической помощи*), но и добровольцами религиозных и благотворительных организаций, прошедшими специальную подготовку (типичный пример — «Добрые самаритяне»). Специфической формой К. и. является *Телефонное консультирование*. Отмечается специализация служб К. и.: помощь детям и подросткам, ушедшим из семьи, наркоманам, ветеранам войны и другим группам риска. Естественным образом потребность в кризисной помощи возрастает в ситуациях катастроф, стихийных бедствий и социальных потрясений, поскольку большое количество людей, потерявших близких, жилье или работу, переживают состояние жизненного кризиса, отягощенного трагическими

переживаниями.

В 1960-е гг. К. и. расширилась за счет концепции «кризисов семьи» и соответственно *семейной психотерапии и семейного консультирования*.

**КРИЗИСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Психотерапевтическая помощь людям, находящимся в кризисном состоянии, называется К. п.

Кризис понимается как состояние человека, возникающее при блокировании его целенаправленной жизнедеятельности внешними, по отношению к его личности, причинами (фрустрацией) либо внутренними причинами, обусловленными ростом, развитием личности и ее переходом к другому жизненному циклу, этапу развития. В этом понимании кризисы переживаются каждым человеком. Психотерапевтическая помощь показана людям не просто в кризисном состоянии, а в ситуации «патологического кризиса». В настоящее время круг состояний, относящихся к кризисным и требующих психотерапевтической помощи, достаточно широк. К ним в первую очередь относятся кризисные состояния, сопровождающиеся патологической или непатологической ситуативной реакцией, психогенной, в том числе невротической реакцией, невротической депрессией, психопатической или патохарактерологической реакцией. В 1960-е гг. группа кризисных состояний пополнилась за счет концепции «кризисов семьи». Кроме того, к кризисным состояниям могут быть отнесены так называемые кризисы идентичности (Положий Б. С., 1991) — чрезмерно переживаемые людьми резкие изменения уклада общественной жизни, что, например, характерно для современной России, а также кризисные состояния в структуре стрессовых и постстрессовых расстройств (Александровский Ю. А., 1997).

Наиболее значимым фактором «патологических» кризисных состояний, определяющим терапевтическую тактику К. п., являются суицидальные тенденции (суицидальные мысли и суицидальное поведение). Суицидальные тенденции могут входить в структуру клинических проявлений кризисных состояний и являться своеобразным ответом на чрезмерные, субъективно невыносимые страдания. В нашей стране концепция кризисных состояний (в русскоязычной литературе традиционным термином, адекватным кризисному состоянию, является термин социально-психологическая дезадаптация) была разработана А. Г. Амбрумовой (1974). В соответствии с ее концепцией причиной суицидального поведения являются конфликты и утраты в высокозначимой для личности сфере. Другой причиной перехода кризиса в патологическую форму и возникновения в его структуре суицидальных тенденций, обострения нервно-психического или психосоматического заболевания является его хронизация. Суицидогенные установки у таких людей часто связаны с представлением о большей, чем собственная жизнь, значимости лично-семейных, социально-престижных и других ценностей. Подобные установки препятствуют принятию оптимального способа выхода из кризисной ситуации, а при повторной утрате или угрозе утраты доминирующих ценностей вновь инициируют суицидальные тенденции. Учитывая высокое значение для психотерапии именно суицидального поведения людей, переживающих кризис, и для отличия «патологического» кризиса от кризиса, протекающего в пределах нормы, применяется термин «суицидальный кризис», или «суицидальное кризисное состояние».

В структуре суицидоопасных реакций выделяют три компонента: аффективный, когнитивный и поведенческий. Содержанием аффективного компонента служат, в частности, переживания эмоциональной изоляции и безвыходности ситуации. Наиболее частыми модальностями аффекта являются реакции тревоги, депрессии, тоски, обиды. В ряде случаев отмечается апатия, ощущение бессилия, стремление к уединению.

Когнитивный компонент суицидального кризисного состояния включает представление о собственной ненужности, несостоятельности, бесцельности и мучительности дальнейшей жизни, вывод о невозможности разрешения кризиса из-за отсутствия времени или возможности.

Поведенческий компонент, кроме собственно суицидального поведения, включает также и поведенческую, часто высокую, активность в попытках разрешения кризисного состояния, в том числе использования неадаптивных вариантов копинг-поведения типа «бегства в алкоголизацию и наркотизацию», проявлений агрессивных и диссоциальных тенденций.

Эти психологические особенности определяют и специфику кризисных пациентов, и особенности К. п. Основные контингента обращающихся за кризисной психотерапевтической помощью

— это практически здоровые люди (в том числе с акцентуацией характера) и больные с пограничными состояниями. Большинство из них ранее не посещали психиатра, впервые обращаются за психотерапевтической помощью и не имеют опыта такого лечения, отличаются неустойчивыми и нереалистическими ожиданиями в отношении него. Большая часть — женщины, суицидальное состояние которых обусловлено супружескими или сексуальными конфликтами; некоторые пациентки переживают необратимую утрату значимого объекта эмоциональной привязанности (супруга, ребенка, родителей). Особое внимание обращает на себя наличие суицидальных тенденций и попыток самоубийства в анамнезе, их связь с микросоциальными конфликтами.

При работе с суицидальными кризисными пациентами учитывается уровень мотивации на участие в психотерапии:

- 1) конструктивный — с ожиданием помощи в преодолении кризисной ситуации;
- 2) симптоматический — с установкой лишь на ликвидацию симптомов;
- 3) манипулятивный — с попыткой использования влияния психотерапевта для улучшения отношения к себе участников конфликта;
- 4) демобилизующий — с отказом от психотерапии.

Принципы и задачи К. п. имеют принципиальные отличия от методов психотерапии, применяющихся в клинике пограничных состояний, к которым относятся:

- 1) urgentный характер помощи, связанный, во-первых, с наличием жизненно важной для пациента проблемы, требующей неотложного активного вмешательства психотерапевта в ситуацию, и, во-вторых — с выраженной потребностью пациентов в эмпатической поддержке и на первых порах в руководстве их поведением;
- 2) нацеленность на выявление и коррекцию неадаптивных когнитивных феноменов, приводящих к развитию суицидальных переживаний и способствующих рецидивам суицидоопасного риска;
- 3) поиск и *тренинг* неопробованных пациентом способов разрешения актуального межличностного конфликта, которые повышают уровень социально-психологической адаптации, обеспечивают личностный рост, повышение фрустрационной толерантности.

По своему характеру К. п. близка к *когнитивно-поведенческой психотерапии* и включает три этапа: кризисная поддержка, кризисное вмешательство и повышение уровня адаптации, необходимого для разрешения конфликтной ситуации.

Индивидуальные терапевтические программы К. п. применяются дифференцированно в зависимости от актуальности суицидальных переживаний. Так, пациентам с высоким суицидальным риском оказывается кризисная поддержка; по отношению к пациентам, находящимся в фазе выхода из острого кризиса, осуществляется кризисное вмешательство; посткризисные пациенты без суицидальных тенденций, находящиеся в условиях неразрешенной высокоактуальной ситуации, включаются в занятия по тренингу навыков адаптации. Острота суицидальных переживаний, как правило, наиболее выражена при поступлении пациента на лечение, в дальнейшем актуальность суицидальных тенденций снижается. Поэтому упомянутые этапы К. п. могут осуществляться последовательно: кризисная поддержка — кризисное вмешательство — повышение уровня адаптации.

Терапевтические задачи на этапе кризисной поддержки соответствуют уровню имеющейся терапевтической мотивации. На этапе кризисного вмешательства осуществляется коррекция *психотерапевтического контракта* с постановкой терапевтических задач, позволяющих изменить отношение к кризисной ситуации.

Схематично задачи К. п. могут быть представлены в виде следующей индивидуальной программы, включающей конкретные терапевтические цели (мишени) для пациента, впервые обратившегося на высоте кризисного состояния с высоким суицидальным риском.

Схема индивидуальной программы К. п.

Этап кризисной поддержки:

1. Установление терапевтического контакта.
2. Раскрытие суицидоопасных переживаний.
3. Мобилизация адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты.
4. Заключение психотерапевтического контракта.

Этап кризисного вмешательства:

1. Когнитивный анализ неопробованных способов решения кризисной проблемы.
  2. Выявление неадаптивных когнитивных механизмов, блокирующих оптимальные способы разрешения кризисной ситуации.
  3. Коррекция неадаптивных когнитивных механизмов.
- Этап повышение уровня адаптации:
1. *Поведенческий тренинг* неопробованных способов разрешения кризисной ситуации.
  2. Выработка навыков *самоанализа* и самонаблюдения за неадаптивными механизмами, а также их преодоление.

3. Введение новых значимых лиц для поддержки и помощи после окончания кризисной терапии.

К. п. применяется в трех основных формах: индивидуальной, семейной и групповой.

При индивидуальной К. п. применяются различные методы и варианты *краткосрочной психотерапии*, которые проводятся с соблюдением указанных выше этапов. Особенности индивидуальной К. п. является использование специальных технических приемов. Так, на этапе кризисной поддержки при установлении *психотерапевтического контакта* применяется прием выслушивания, который является чрезвычайно важным в К. п. в связи с тем, что это фактически единственный способ, позволяющий при его правильном применении значительно дезактуализировать травмирующие переживания в короткие сроки. Можно считать, что К. п. невозможна без этого приема, и мастерство психотерапевта состоит в том, чтобы любыми средствами «разговорить» пациента и создать условия для проговаривания им травмирующих переживаний. На этом этапе психотерапевт может отступить от принятого в психотерапии вообще правила 50-минутной продолжительности одной встречи с пациентом, и если пациент способен и склонен говорить, то встреча может продолжаться несколько часов. Пациент при этом выслушивается терпеливо и сочувственно, психотерапевт обеспечивает эмпатическую обстановку, способствует катарсическому отреагированию пациента.

Не следует прерывать речь пациента (чрезвычайно важное правило). На этом этапе работы исключаются *конфронтация* и другие активные элементы психотерапии. Выслушивание пациента — основной элемент раскрытия суицидоопасных переживаний. Психотерапевтические задачи установления контакта и раскрытия суицидоопасных переживаний считаются реализованными, когда, несмотря на усилия психотерапевта и применение им техники классической *вербализации* и избирательной вербализации (обобщающие высказывания психотерапевта касаются только травмирующей ситуации, другие же темы игнорируются), пациент самостоятельно перестает говорить на травмирующую для него тему и самостоятельно же выбирает другую тему для обсуждения. По невербальным признакам отмечается снижение эмоционального напряжения и эмоциональная разрядка пациента при сфокусированном обращении к теме травмирующих переживаний. Задача установления терапевтического контакта и прием выслушивания требуют в некоторых случаях 4-5 встреч. Далее реализуется терапевтическая задача актуализации адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты, требующие обязательной *эмоциональной поддержки* пациента. Реализуя эту задачу, психотерапевт актуализирует антисуицидальную мотивацию путем обращения пациента к прошлым достижениям и будущим перспективам. Проявления личностной несостоятельности пациента не интерпретируются и не анализируются. *Сопротивление* пациента игнорируется. Этап кризисной поддержки завершается заключением психотерапевтического контракта, основная задача которого состоит в К. п. — в локализации кризисной ситуации и проблематики. В целом задачи кризисной поддержки считаются выполненными, когда купируются аффективные расстройства, что значительно снижает актуальность суицидальных тенденций и позволяет перейти к этапу кризисного вмешательства.

Кризисное вмешательство имеет своей целью реконструкцию нарушенной микросоциальной сферы пациента и когнитивной перестройки его представлений о причинах и путях выхода из кризиса. На этом этапе применяются известные технические приемы когнитивно-поведенческой психотерапии. Особенностью психотерапевтической работы является точная фокусировка пациента на терапевтических задачах этапа и игнорирование его стремления вернуться к обсуждению симптоматики и других незначимых проблем. На этапе повышения уровня адаптации применяются различные варианты *поведенческой психотерапии*, проводится индивидуальный поведенческий тренинг, который может быть реализован через систему домашних заданий пациенту.

Примерами психотерапии кризисных состояний являются аксиопсихотерапия (метод,

направленный на переоценку ценностей, переориентацию больного, адаптацию его к реальности) и профилактически-ориентированная патогенетическая психотерапия.

Аксиопсихотерапия ставит перед собой следующие задачи:

- 1) предотвращение фиксации когнитивной установки безвыходности и отсутствия смысла жизни;
- 2) личностный рост пациента, повышающий кризисную и фрустрационную толерантность;
- 3) коррекция аксиопсихологической парадигмы путем использования приемов переориентации — знака значения, переакцентировки, актуализации и дезактуализации ранга индивидуального значения ценностной иерархии пациента.

Профилактически-ориентированная патогенетическая психотерапия (Бараш Б. А., 1987) также может быть отнесена к когнитивно-поведенческим методам. Базируется она на принципах краткосрочности (интенсивности, фокусировки), реалистичности, интегративности (пластичности, личностной включенности) психотерапевта и симптомоцентрированного контроля, использует парадоксально-шоковые приемы («все гораздо хуже», «уход в другую жизнь», «предсмертный договор с психотерапевтом» и др.), анализ причин кризиса, поиск «забытых в прошлом» потребностей и интересов пациента и путей их актуализации в ситуации блокирования «единственной цели в жизни». Цель ее — преодоление сверхценного эгоцентризма и однонаправленного программирования жизни, косвенное научение конструктивному рационально-эмоциональному сопротивлению последующим жизненным кризисам.

Семейная К.п. показана в ситуации, когда кризисное состояние определяется семейно-бытовыми конфликтами. Особое значение таких конфликтов, по-видимому, состоит в том, что кризисный пациент лишается поддержки своего ближайшего окружения, и у него возникает чувство одиночества на фоне эмоциональной изоляции. Выделяют два варианта указанных конфликтов: семейно-супружеский конфликт (или шире конфликт между сексуальными партнерами) и конфликт между родственниками (в том числе детско-родительский). Особенно опасной считается ситуация развода (разрыва отношений между сексуальными партнерами): разведенные прибегают к самоубийству как к способу разрешения кризисной ситуации в 5 раз чаще, чем семейные.

В отличие от пациентов, обращающихся за семейно-супружеской психотерапией, кризисные пациенты, во-первых, обнаруживают суицидальные тенденции, во-вторых, как правило, находятся на поздних стадиях семейного кризиса. В связи с этим семейная К. п. отличается от традиционных форм семейно-супружеской психотерапии тем, что она направлена на устранения суицидоопасных тенденций путем быстрого разрешения семейного кризиса, а не на сохранение семьи. Семейная К. п. возможна и показана только в случае собственной инициативы членов семьи, их вовлеченности в кризис, необходимости их включения в систему помощи кризисному пациенту, развитии кризиса у других членов семьи. Семейная К. п. проводится с использованием стратегий и подходов различных методов семейно-супружеской психотерапии с включением в психотерапию этапов и задач К. п.

Групповая К. п. является высокоспецифичной формой К. п., которая удовлетворяет повышенную потребность кризисного пациента в психологической поддержке и практической помощи со стороны окружающих. В отличие от традиционной *групповой психотерапии* пограничных больных групповая К. п. направлена на разрешение актуальной ситуации, обладающей для пациента жизненным значением. Это обуславливает краткосрочность, интенсивность и ее проблемную ориентацию. В фокусе занятий кризисной группы находятся высокозначимые для пациентов взаимоотношения в их реальной жизни, а не взаимодействия, происходящие между членами группы «здесь и сейчас». Показаниями для этого вида К. п. являются: 1) наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации; 2) выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении значимых отношений взамен утраченных, необходимость создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработка и проверка новых способов адаптации; 3) готовность обсуждать свои проблемы в группе, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью терапевтической перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем. Окончательные показания устанавливаются на основании наблюдения за поведением пациента на первом групповом занятии и знакомства с его переживаниями, связанными с участием в группе. Недостаточный учет данного положения может

привести к отрицательному воздействию группового напряжения на состояние пациента и усилению суицидальных тенденций. В кризисной группе суицидальное поведение одного из участников сравнительно легко может актуализировать аналогичные тенденции у остальных членов группы. В связи с этим в ходе предварительной беседы с пациентом оговаривается, что его первое участие в занятиях группы является пробным и обсуждение вопроса о методах его дальнейшего лечения состоится после этого занятия. С пациентом проводится беседа, в ходе которой обсуждаются возможности использования помощи кризисной группы. С целью выработки оптимистической терапевтической перспективы пациента знакомят с журналом отзывов бывших участников, в котором они описывают ход разрешения своей кризисной ситуации с помощью *психотерапевтической группы*.

Размеры кризисной группы ограничиваются 10 участниками. Обычно в нее включаются два пациента с высоким суицидальным риском, поскольку взаимная идентификация способствует публичному раскрытию и обсуждению ими своих суицидальных переживаний. Более двух таких пациентов создают трудности в работе группы, требуя слишком много времени и внимания в ущерб остальным членам группы, создавая тягостную пессимистическую атмосферу, чреватую актуализацией суицидальных переживаний у других пациентов. Низкая групповая активность кризисных пациентов преодолевается тем, что в группу в качестве сублидера — проводника эмоционального влияния психотерапевта — включается больной с выраженной акцентуацией характера или психопатией аффективного или истерического типа с нерезко выраженной ситуационной декомпенсацией. Двое таких больных могут вступать в соперничество между собой, подавляя активность остальных и дезорганизуя работу группы, что может преодолеваться за счет опыта психотерапевта, имеющего специальную подготовку по групповой психотерапии. Состав группы разнороден по возрасту и полу; это снимает представление о возрастной и половой уникальности собственных кризисных проблем, расширяет возможность взаимодействий. Старшие по возрасту опекают младших, мужчины и женщины удовлетворяют взаимную потребность в признании своей сексуальной привлекательности, при этом выявляются и корректируются неадаптивные полоролевые установки. Неотложность решения кризисных проблем, охваченность ими позволяют максимально интенсифицировать психотерапевтические воздействия. Групповые занятия проводятся до 5 раз в неделю и длятся 1,5-2 часа. С учетом того, что обычные сроки разрешения пациентом кризиса составляют 4-6 недель, курс групповой К. п. равен в среднем одному месяцу. За такой срок оказывается возможным сплочение группы на основе общих кризисных проблем. Роль групповой сплоченности в кризисной группе отличает последнюю от группы больных с пограничными состояниями, где она возникает в процессе *групповой динамики* и является важным терапевтическим фактором в поздних фазах развития группы. В кризисной группе сплочение ее участников определяется взаимной поддержкой и используется для разрешения их кризисных ситуаций. Здесь терапевтически оправданным является поведение психотерапевта, направленное на стимулирование поддержки пациентами друг друга уже на ранних этапах терапии. Баланс эмоциональной поддержки и сплочения — напряжения в группе К. п. сдвинут в сторону сплочения и поддержки. Поощряется общение участников группы вне занятий, в отличие от традиционной групповой психотерапии пограничных состояний, где оно не рекомендуется. Группа является открытой, т. е. еженедельно из нее выбывают, в связи с окончанием срока терапии, 1-2 пациента, и она пополняется новыми участниками. Открытость группы, создавая определенные трудности для сплочения ее участников, позволяет в то же время решать ряд важных терапевтических задач.

Так, лица, находящиеся на более поздних этапах выхода из кризиса, своим успешным примером ободряют вновь поступивших на лечение, помогают созданию у них оптимистической лечебной перспективы. Кроме того, в открытой кризисной группе легче осуществляется когнитивная перестройка путем взаимного обогащения жизненным опытом, обменом различными способами адаптации. В открытой группе более опытные пациенты обучают вновь поступивших участников приемам выхода из кризиса.

Проблемная ориентация групповой К. п. требует фокусирования психотерапии на кризисной ситуации, поэтому позиция психотерапевта, в отличие от таковой при групповой психотерапии пограничных расстройств, в известной мере является более директивной. Психотерапевт в кризисной группе чаще прибегает к прямым вопросам, предлагает темы дискуссий и способы решения проблем, а при актуализации суицидальных тенденций у какого-либо участника группы осуществляет

непосредственное руководство его поведением. Описанные факторы лечебного действия К. п. (поддержка, вмешательство, повышение уровня адаптации) осуществляются поэтапно в отношении каждого участника группы. В то же время в ходе одного занятия в зависимости от состояния пациентов обычно используются все три элемента К. п.

К. п. в нашей стране представлена в виде кризисной службы, деятельность которой постоянно совершенствуется. В настоящее время работа кризисной службы определяется приказом Минздрава РФ от 06.05.1998 № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». Этим приказом, в частности, определяются звенья кризисной службы: *телефонное консультирование, кабинеты социально-психологической помощи*, отделения (стационарные) кризисных состояний. В приказе содержатся положения об этих звеньях, штатные нормативы, методические рекомендации по организации региональной кризисной службы.

## Л

**ЛАБОРАТОРНЫЙ ТРЕНИНГ** (активное социальное обучение). Это комплексное социально-дидактическое направление, ориентированное на широкий охват различных сфер социальной практики; использует разные формы и методы активного психологического и социально-психологического воздействия для развития у людей знаний, умений и навыков более эффективного социального функционирования, повышения психологической культуры, оптимизации социально-психологической компетенции как субъектов общения. Независимо от применяемых форм активное социальное обучение осуществляется в процессе общения, в условиях особым образом организованного интенсивного взаимодействия участников малой группы, форсированно (30-80 часов). Л. т. сочетает непосредственное взаимодействие участников как членов группы с исследованием этого процесса и обучением.

Повышенный интерес к методам активного социального обучения, таким как *социально-психологический тренинг*, деловые и организационно-управленческие игры, методы дискуссионных групп, методы групповой психологической коррекции, методы индивидуального *психологического консультирования* и др., обусловлен реальной диалектикой современного социального развития. Сопровождающие научно-техническую революцию интенсификация социальных связей личности, расширение сферы общения из-за частой утраты качества этого общения, постоянно растущие нагрузки на психическую деятельность, наконец, затянувшийся кризис современной семьи делают процессы общения и межличностных отношений все более многообразными и напряженными. Эти факторы нередко создают условия для развития перманентных внешних и внутренних конфликтов, приводящих повсеместно к серьезным, отрицательным для здоровья личности рецидивам, к невозможности полноценно жить и трудиться. Все это предъявляет повышенные требования, в частности, к культуре общения, к умению быстро и адекватно ориентироваться в многочисленных разнородных межличностных ситуациях. Решению этих проблем и должны прежде всего способствовать методы активного социального обучения. Кроме того, использование методов активного социального обучения значительно увеличило потенциал и расширило возможности психологической науки, поскольку с их помощью стали более эффективно внедряться в практику результаты научных разработок. Это подтверждает в целом успешный опыт внедрения методов активного социального обучения в различные сферы социальной жизни у нас в стране — в производственные отношения и управление, народное образование, здравоохранение, семейно-бытовые отношения. Значителен научный потенциал групп и коллективов активного социального обучения, которые могут рассматриваться как оптимальные экспериментально-исследовательские лаборатории для анализа многих реальных психологических и социально-психологических явлений, характерных для межличностных отношений и общения. Наибольшее распространение практика активного социального обучения получила в западных странах, прежде всего в США. Активное социальное обучение, или «групповое обучение», как научно-практическое направление, решающее социальные и социально-психологические проблемы людей, за 40 лет своего существования заняло прочное место в западной культуре в качестве составного элемента широко разветвленной сети психологической помощи.

В своих идейно-теоретических истоках «*групповое движение*» испытывает влияние многих



психологических направлений (*бихевиоризма*, *фрейдизма*, гуманистической и когнитивной психологии, интеракционизма). На уровне практической реализации это движение сегодня представляет собой скорее разноречивый и эклектический конгломерат обусловленных различными теоретическими ориентациями конкретных методических подходов, которые имеют разные наименования: Т-группы, энкаунтер-группы, *тренинг сенситивности*, группы личностного роста и т. п.

Гибб (Gibb J. R.), в частности, подразделяет все виды групп социального обучения на 9 основных видов, располагая их в зависимости от степени близости к *психотерапевтическим группам*, с одной стороны, и традиционному обучению — с другой.

Любин (Lubin B.) и Эдди (Eddy W.) выделяют, например, 3 основных направления в организации социального обучения в группе, рассматривая их как практические экспериментальные лаборатории исследования человеческих отношений и различая с точки зрения фокуса исследования: а) личностную и межличностную, б) межгрупповую, в) групповую ориентацию.

Бэкенен (Bachanan P.) и Рейсел (Reisel J.) при разработке типологии групп использовали несколько иное представление, с акцентом на категорию «Я». С их точки зрения, различные типы группового социального обучения могут быть разделены в зависимости от того, из каких источников человек получает информацию о своем «Я». «Я—Я» — тип, имеющий дело в основном с личностным ростом. Главные источники обучения интраперсональные (внутриличностные). «Я—другие» — тип, фокусирующийся на межличностных отношениях. Участники поощряются к поиску данных, касающихся, например, влияния их поведения на других или манеры, в которой они общаются с другими людьми, «Я—группа» — тип, рассматривающий личность и способ ее обращения с группой как с социальной общностью, к которой эта личность относится. Предметом анализа являются вопросы влияния стилей и качества группового участия. «Я—организация» — тип, уделяющий основное внимание индивидууму как члену большой организации. Группы этого вида обычно ориентируются на изучение опыта межличностного взаимодействия в условиях межгруппового соревнования, конфликта и кооперации. «Я—профессия» — тип, ориентированный на субъекта какой-либо конкретной деятельности и исследующий чувства, стремления и жизненные ценности, получаемые и реализуемые им в условиях профессиональной деятельности. Данная типология позволяет выявить преимущества различных комбинаций отношений в каждом виде группового социального обучения.

*Тренинговые группы* (Т-группы) пронизывают, по существу, все типы группового обучения. В известном смысле Т-группа — это душа всей системы активной социально-психологической подготовки в США. В отечественной литературе этот опыт хорошо отражен в публикациях Н. Н. Богомоловой, Ю. Н. Емельянова, Л. А. Петровской и др.

Хотя ситуации, возникающие при обучении в Т-группе, довольно разнообразны, количество общих признаков, стимулирующих потенциал обучения, может быть сведено к 4 основным: 1) акцент на взаимоотношениях между участниками группы, развивающихся и анализирующихся в ситуации «здесь и теперь»; 2) объективация субъективных чувств и эмоций участников группы по отношению друг к другу, выступающих в качестве материала для анализа; 3) атмосфера раскованности и свободы общения между участниками, которая создается для того, чтобы можно было искренне и правдиво выражать свои чувства и ощущения по отношению друг к другу, а также получать *обратную связь* в ответ на это от других членов группы; 4) климат психологической безопасности, при котором обеспечивается индивидуальный выбор как степени включения в групповой процесс, так и происходящих в ходе этого процесса изменений. Однако было бы ошибкой полагать, что Т-группа является единственной моделью группового обучения. Существуют и другие формы группового опыта.

Группы обучения (study groups) сформировались как прямая альтернатива опыту Т-групп, хотя основные цели и тех и других общие — изучение и понимание детерминант и моделей группового и индивидуального поведения в ситуации «здесь и теперь». Вместе с тем имеются и принципиальные различия. Т-группы — это американский продукт, и основа их идеологии кроется в отношениях, существующих в американской культуре. Так, в Т-группах делается акцент на равенстве и взаимозависимости ее участников. Это положение признается решающим и помогает участникам группы прийти к самоосознанию, стать умелыми, осведомленными о движущих силах групповой и индивидуальной жизни. Подобная ориентация просматривается и в требованиях к руководителю Т-группы. Например, он должен действовать в демократической манере — в качестве образца поведения

«хорошего члена» группы, непосредственно реализуя основные цели группы (в частности, сокращение защитных форм поведенческих реакций); он дает прямую, но не оценочную обратную связь; он открыт для выражения и принятия как своих собственных чувств, так и чувств других. Хотя разные руководители опираются на собственные теории группового и индивидуального развития, ведущей концептуальной основой является психологическая теория Левина (Lewin K.) с ее акцентом на взаимозависимости. С момента своего появления Т-группы эффективно используются при подготовке менеджеров самого различного ранга, для воспитания демократического лидера и руководителя. Группа обучения является британской по своему источнику и отражает иные концептуальные и структурообразующие положения. Так, в отличие от Т-групп, в S-группах одной из центральных является проблема авторитета, власти. Вопросы индивидуального отношения к авторитету здесь оказываются более значимыми и сложными, чем вопросы взаимозависимости. Стиль и цели тренеров Т-групп изменяются в зависимости от обстоятельств, их теоретические позиции более разнообразны. Консультанты из Тавистокского института, где возникли S-группы, придерживаются единой теоретической схемы; цели, стиль и методы их практической работы более консервативны, как и многое другое в культурных традициях Англии. Вместе с тем нельзя не отметить и некоторые общие моменты в этих двух видах социально-психологического обучения. Люди, занимавшиеся и в той и в другой группе, отмечали сходные субъективные последствия после окончания учебы. Неправильно было бы утверждать, что влияние S-групп ограничивается только Англией, а Т-группы популярны только в Америке; они широко представлены почти во всех западных странах и оказывают влияние друг на друга.

*Группы встреч* (encounter-groups) наиболее часто ассоциируются с Т-группами.

Имеющаяся литература не способствует точному определению каких-либо существенных отличий, а практический опыт еще более разноречив. Термин «encounter» первоначально был введен Роджерсом (Rogers C. R.). Е-группы прошли определенный путь развития, что отразилось и в названиях различных «исторически» складывающихся направлений этого вида. В начале 1960-х гг. Е-группы часто именовались «*группами тренинга сенситивности*» (sensitivity training groups). Несколько позднее Роджерс дал им новое название — basic encounter. Однако термин «basic» не удержался, остался лишь «encounter». Хотя четкие границы не были определены и многие исследователи смешивают Т- и Е-группы между собой, некоторые отличия все же существуют. Так, за Е-группами признается большая эмоциональность, они более личностно ориентированы и нацелены на решение вопросов, касающихся человеческого существования (как жить более полноценно и испытывать более глубокие чувства), их концепция более экзистенциально направлена. Часто под Е-группами понимается скорее комплексная технология активного социального обучения, включающая несколько групповых методов работы, в том числе и метод Т-групп. Хотя некоторые авторы склонны идентифицировать Е-группы только с теорией гуманистической психологии, Либерман (Lieberman M. A.), Ялом (Yalom I. D.) и др. выделяют до 10 известных направлений активной социально-психологической подготовки, объединенных под общим названием «энкаунтер-группы». Это Т-группы, *гештальт-терапия*, группы *трансактного анализа*, эзальен эклектик (esalen eclectic), группы личностного роста, синанон-группы (synanon), *психодрама*, *марафон*, психоаналитически-ориентированные группы, энкаунтер-тайпс.

Обучение профессиональных психотерапевтов, особенно проведение *групповой психотерапии*, предполагает формирование у них качеств, характеризующих лидера, которые необходимы специалисту в повседневной профессиональной деятельности. Для эффективного решения этой задачи активно используются принципы развивающего (проблемного) обучения. Ввести обучаемых в проблемную ситуацию согласно концепции проблемного обучения — значит показать неудовлетворительность используемого ими способа для решения какого-то типа задач. Если результат действий может принимать только два значения — «решение есть» или «решения нет», проанализировать способ действий обучаемых относительно несложно. Для управленческих задач решение всегда есть. Оно может быть лучше или хуже, но, поскольку всякое управленческое решение — продукт логики и интуиции, само по себе наличие способа действия более эффективного, чем было предложено тем или иным психотерапевтом, еще не может убедить его в необходимости изменять свой способ действий. Например, даже очень сильные шахматисты совершают ошибки в игре и далеко не всегда выбирают лучшие ходы, но на основании каждого такого случая нельзя делать вывод, что их способ игры плох.

Еще сложнее, когда критерий, по которому вмешательство психотерапевта оценивается как неудовлетворительное, вообще не входит в его способ оценки. В этом случае оказывается, что для анализа способа действий обучаемого нужно, чтобы он увидел недостатки своего результата, но показать эти недостатки можно, лишь изменив способ оценки результата. Таким образом, при обучении вначале рассматривается способ оценки решений, а уж затем способ их формирования. Фактически это означает разделение процесса решения учебной задачи на две стадии: на первой — решается задача овладения обобщенным способом оценки результата, на второй — формируется понимание принципа и логической структуры действий по получению результата. На каждой стадии в поле зрения оказываются различные компоненты ориентировочной основы действия. Становление одних компонентов является условием становления других. При этом на обеих стадиях решения учебной задачи реализуется принцип активности обучения. Формы этой активности могут быть различными, но реализуемое при этом содержание должно носить характер квазиисследования. Это означает, что критерии оценки результата решения предметно-практической проблемы, необходимые для нахождения способа решения, не должны прямо передаваться обучающим, а предлагаются самими обучаемыми. Для этого им необходимо проанализировать и смоделировать процесс использования результата (реализации решения проблемы) и выявить моменты, существенные с точки зрения эффективности использования. Почему необходимо именно квазиисследование? Почему нельзя, например, передавать критерии оценки по схеме формирования умственных действий? Получая готовые критерии, обучаемые не могут оценить их необходимость и достаточность. Остается неясным, что произойдет, если решение не будет удовлетворять какому-то критерию? На этот вопрос можно ответить, только моделируя процесс реализации решения проблемы в различных условиях.

Реализация указанного выше признака предполагает выполнение последовательности действий на двух стадиях учебной задачи, не совпадающей полностью со схемой, существующей сегодня в концепции учебной деятельности. На первой стадии должны осуществляться действия по моделированию функционирования изучаемого объекта в большей системе, по выделению качеств, которыми он должен обладать, по определению способов оценки объекта и закреплению этих способов через построение частно-практических задач на оценку. Основным содержанием второй стадии являются критический анализ обучаемыми способов решения предметно-практических задач, построение обобщенного способа (принципа) действия и овладение средствами выведения частных способов из общего применительно к реальным условиям психотерапии.

Для реализации содержания обучения важное значение имеет выбор адекватной формы. Она обеспечивает раскрытие содержания обучения через фиксацию и разрешение противоречий между объектом и субъектом воздействия. При обучении психотерапевтов это тем более важно, что системная природа объекта воздействия требует и системности мышления при выработке решений. То, что кажется хорошим при одностороннем взгляде, оказывается неудовлетворительным с иных позиций. Но возможно ли движение при наличии противоречий, если изначально понятийное мышление обучаемых недостаточно развито для этого? Вариант, когда такое движение осуществляет преподаватель, должен быть сразу же исключен, так как при этом нарушается важнейший принцип — активность обучаемых.

Наиболее адекватной формой для реализации указанной схемы является ролевая игра. Организуя в ходе выполнения учебных действий дискуссию, обучающие, распределяя роли между участниками, имеют возможность продемонстрировать системную природу изучаемого объекта и характер отношений в нем, затем за счет смены ролей каждый психотерапевт может быть поставлен в позицию, прямо противоположную той, которую он отстаивал до этого. Тем самым создаются условия для перевода внешнего диалога «вовнутрь», т. е. в сознание каждого специалиста. Ролевая игра по своим потенциальным возможностям позволяет сформировать у обучаемых рефлексивное отношение к собственным способам действий. Реализация этих потенциальных возможностей требует специальных средств организации игры. Далеко не всякая ролевая игра по своей форме оказывается адекватной для раскрытия требуемого содержания обучения. Только разыгрывания ролей для овладения понятием недостаточно. Ролевое взаимодействие осуществляется не просто как коммуникация, а как столкновение противоположных позиций. При этом необходимо, чтобы каждый тезис был четко зафиксирован, понят оппонентом, а антитезис был бы противоположностью тезиса, его отрицанием. В противном случае действительного движения в предметном содержании не наступит. Все ограничится

высказываниями точек зрения, вопросами и ответами, спорами и даже конфликтами, но не будет содержательной оппозиции (просто разные точки зрения) без взаимопонимания и рефлексии.

Управление дискуссией — основная задача, которую должны решить обучающие как ведущие игру. Для этого им необходимы специальные средства, позволяющие в знаковой, модельной форме демонстрировать обучаемым процесс их движения в предметном содержании. Это имеет принципиально важное значение, поскольку позволяет зафиксировать тот способ мышления, который и должен реализоваться в практической деятельности. Но этот способ отражается не только в знаковой модели, но и в организационной форме взаимодействия обучаемых между собой и обучающими. Принцип моделирования, являющийся одним из ведущих в концепции учебной деятельности, понимается более широко и распространяется не только на отображение предметного содержания в форме знаковых моделей, но и в натуральной форме — форме ролевого взаимодействия. Однако это имеет значение только применительно к овладению понятиями социальной сферы, когда предметное содержание необходимо раскрывается через организационную форму его осуществления.

Все перечисленные подходы к организации группового социального обучения отнюдь не взаимоисключают друг друга. Общей для них является преимущественно личностная (а не групповая или организационная) направленность. Вместе с тем они могут иметь и существенные отличия как по форме, так и по содержанию. Например, модель, основанная на гештальт-терапии, строится по иным принципам, чем Т-группа, хотя анализируемые в том и другом случае проблемы могут быть сходными, но решаются они различными способами и методами. Группы транзактного анализа избирают иные пути для диагностики и анализа межличностных конфликтов по сравнению с синанон-группами и т. д. Широко варьируется роль лидера — от значительной, например в гештальт-группе, до организации группового обучения в энкаунтер-тайпс практически без лидера. Многие исследователи группового обучения считают, что более важным является общая и прикладная концепция личности того, кто обеспечивает групповой процесс и руководит им, т. е. руководителя группы. Именно его имплицитная профессиональная личностная теория и направляет всю работу с группой. Если кто-то в состоянии принять участие в нескольких различных видах группового опыта, как делают многие, то он сможет наблюдать и испытывать частичное совпадение отдельных элементов обучения в группах разного типа. Участники же одного и того же вида тренинга могут приобрести различный опыт, переданный руководителями с разным стилем работы.

Широкое использование методов Л. т., в том числе и в области подготовки психотерапевтов (особенно групповых), потребовало научного анализа его возможностей и ценности. Результаты этих исследований содержатся, в частности, в работе Ледера (Leder S.) и его сотрудников (1979) (см. *Обучение в области психотерапии*).

См. также *Групповое движение, Группы встреч, Тренинг, Тренинговая группа*.

**ЛЕЧЕНИЕ КАЛЬЦИЕВЫМ УДАРОМ ПО СВЯДОЩУ.** Лечение кальциевым ударом было предложено А. М. Свядощем в 1943 г. для одномоментного купирования истерических симптомов в военно-полевых условиях в качестве фармако-суггестивной процедуры.

При этом методе лечения раствор хлорида кальция вводят внутривенно сравнительно быстро (в секунду около 1 мл 10%-го раствора). В зависимости от возраста и состояния больного вводят однократно 15-20 мл 10%-го раствора при массе больного свыше 50 кг и отсутствии соматических противопоказаний. Количество однократно вводимого хлорида кальция не должно превышать 0,05 мл на 1 кг массы тела больного. Вливания следует проводить по одному в день (ежедневно или через день), до 6-8 вливаний, причем в случае быстрого регресса патологических явлений дозу при повторных вливаниях значительно уменьшают (до 6-10 мл 10%-го раствора). Противопоказаниями к лечению кальциевым ударом являются выраженная гипертония, артериосклероз и органическое заболевание сердца.

При кальциевом ударе через 5-10 секунд от начала вливания возникает ощущение жара, первоначально локализующееся в области рта и далее быстро распространяющееся по всему телу. С нарастанием чувства жара наступает гиперемия или, реже, побледнение лица, сужение зрачков и падение мышечного тонуса, при этом появляется резкое чувство слабости и в редких случаях сонливость или длящийся несколько минут сон. Отмечается снижение волевой активности, повышение внушаемости. Угроза повторных тягостных кальциевых вливаний при истерии ослабляет механизм

«условной приятности или желательности» болезненных симптомов.

В течение первой минуты по окончании вливания ощущение жара исчезает, чувство слабости начинает постепенно проходить (в это время у больных с моносимптоматическими истерическими расстройствами и постконтузионной глухонемой обнаруживается восстановление утраченных функций). Быстрое введение большой дозы хлорида кальция вызывает резкие вегетативные изменения, выражающиеся в учащении, реже — в замедлении пульса, некотором повышении артериального давления и обычно — в резком увеличении числа лимфоцитов (до полутора раз) и уменьшении числа сегментированных лейкоцитов. Эти изменения наступают в первую же минуту после введения препарата и держатся в течение 3—5 минут.

При Л. к. у. п. С. истерических симптомов перед введением хлорида кальция больному указывают, что имеющееся у него расстройство обратимо и что оно исчезнет сразу же после того, как лекарство будет введено (вслед за возникновением ощущения жара). При лечении истерических моносимптомов (параличи, мутизм, сурдомутизм, блефароспазм и др.) через несколько секунд после вливания больному резким повелительным тоном предлагают убедиться, что утраченная им функция восстановилась: при параличах — произвести движения парализованной частью тела, при мутизме или сурдомутизме — ответить на те или иные вопросы или выполнить те или иные действия, например назвать свою фамилию, ответить, хочется ли пить, открыть рот, показать язык и т. п. Далее в течение нескольких минут больного побуждают к упражнению утраченной функции. Если же в случае истерических моносимптомов в течение первых 5 минут после вливания терапевтический эффект оказывается недостаточным, вводят аналогичным образом еще 10 мл 10%-го раствора хлорида кальция.

При лечении истерических гиперкинезов, рвоты, нарушений функции внутренних органов проводят курс из 6-10 вливаний через день. В наступлении терапевтического эффекта у больных неврозами, помимо фармакологического действия хлорида кальция на нервную систему и сильного сенсорного раздражения интероцептивной сферы, большую роль играет прямое и *косвенное внушение* наяву (связано с ощущением жара во время вливания), ведущее к возникновению волны возбуждения, смыслюющей тормозные пункты в коре (*протрентика*).

Л. к. у. п. С. истерических реакций, аффективно-шокового ступора и так называемой постконтузионной глухоты было с успехом применено в годы Великой Отечественной войны в ряде медсанбатов и госпиталей. Во многих случаях удавалось одномоментно купировать моносимптоматические истерические расстройства и постконтузионную глухоту путем однократного внутривенного вливания большой дозы хлорида кальция.

Л. к. у. п. С. рекомендуется в тех случаях, когда другие средства оказываются неэффективными. По данным А. М. Свядоща, при лечении таких истерических моносимптомов, как сурдомутизм, мутизм, амавроз и блефароспазм, метод эфирной маски может оказаться эффективнее кальциевого удара.

См. также *Методика «маска»*.

**ЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ.** Л. п. в п. имеет в целом гуманистическую направленность. Методологической базой Л. п. в п., так же как и *метода вербальной мифологизации личности*, является суггестивная лингвистика — раздел психолингвистики, разработанный И. Ю. Черепановой (1986-1997). Л. п. в п. генетически связан с методом вербальной мифологизации личности, а также позитивным результатами его применения в лечении невротических расстройств (Кылов А. В., 1997-1999). Л. п. в п. является научным развитием прикладных аспектов суггестивной лингвистики применительно к психотерапии. В истории его возникновения можно условно выделить два этапа. На первом этапе, после формулирования основной концепции суггестивной лингвистики И. Ю. Черепановой, В. С. Григорьевских способствовал широкой научной дискуссии по данной проблеме, получению эмпирических материалов, позволивших дальнейшее развитие Л. п. в п. В настоящее время в разработке Л. п. в п. принимает участие ряд специалистов: Р. К. Назыров (научно-методические основы), А. В. Кылов (клиническая эффективность метода вербальной мифологизации личности), С. И. Быков (практические аспекты лингвистической психотерапии).

Научная концепция Л. п. в п. в психотерапии включает в себя разрабатываемые лингвистические аспекты личности, концепции нормы и патологии, психотерапевтических техник.

Личность в рамках Л. п. в п. рассматривается с позиций понимания личной мифологии А. Ф. Лосева и психолингвистических идей В. В. Налимова («Личность — это интерпретирующий себя

самого текст, способный к самообогащению»).

Предполагается, что каждый человек носит в себе свой собственный героический эпос, в котором, как в настоящем мифе, переплетены реальность и вымысел, прошлое и фантазии о будущем, реальное и идеальное. Этот внутренний эпос плохо осознан и в процессе мифологизации (основа терапевтических процедур Л. п. в. п.) приобретает форму реального текста, написанного на уникальном, индивидуальном языке, понятном в полной мере лишь самому носителю мифа.

Рассматривая личностные процессы как порожденные личностной мифологией, авторы Л. п. в. п. предполагают, что причины психологических трудностей определяются именно неадаптивной структурой личностного мифа, как механизма их порождающего, и в конечном счете способные привести к психической дезадаптации или невротическому расстройству. На значительном фактическом материале (исследовано 140 индивидуальных мифов людей с психологическими проблемами или пограничными расстройствами (Григорьевских В. С., Быков С. И., 1997; Быков С. И., 1998) было показано, что содержание мифа при его осознании в метафорическом виде включает описание проблемы в виде некой индивидуальной неадекватной стратегии, порождающей проблемы. Мифы пациентов с невротическими расстройствами отражают наличие психологических затруднений, неадаптивного поведения, а также описание переживаний собственной неэффективности. Мифы здоровых и социальноуспешных людей этого лишены. Авторы предполагают, что если в мифе содержится описание проблемы, от которой человек страдает, то возможно в контексте этого мифа, на индивидуальном его языке дополнение к мифу, содержащее решение проблемы, либо видоизменение мифа, позволяющее разрешить психологическую проблематику и устранить причины невротического состояния.

При рассмотрении основных механизмов Л. п. в. п. указывается, что существующие факторы лечебного действия психотерапевтических методов (такие, как *научение*, *отреагирование*, *коррективный эмоциональный опыт*, *осознание* и др.) могут быть дополнены еще одним важным механизмом, который обычно не используется. В процессе работы над индивидуальным мифом специально подготовленная группа активизирует тип мышления путем совмещения реальности, сновидений, экзистенциальных переживаний в процессе жизни, который в рамках Л. п. в. п. рассматривается как мифологическое мышление. Человек обращается для решения своих реальных проблем к иррациональной стороне человеческого восприятия, когда постижение мира совершается через процесс интенсивного проживания группового опыта, со-проживания, со-переживания, присоединения к настоящему, когда за счет просмотра личной истории и ее осознания в наиболее выразительных чертах разрушается привычное восприятие реальности, пусть даже на момент создания мифа прерывается внутренний диалог с выходом за пределы привычного человеческого сознания, проживание осуществляется в сновидении, а точнее, в состоянии управляемого и контролируемого транса, которые в форме индивидуального языка пациента раскрывают способы преодоления патологических стереотипов.

Л. п. в. п., основанный на закономерностях мифологии, при формировании личных мифов включает в себя элементы, которые традиционно содержатся в ряде героических эпосов. В первую очередь выделяется процесс так называемой инициации. Сходные этапы есть фактически в каждом терапевтическом методе, поскольку лечебное действие предполагает, что под влиянием психотерапии человек относится к себе по-другому, изменяет образ собственных отношений к миру и себе, начинает по-другому жить, в связи с чем некоторые психологические проблемы разрешаются. Слово «инициация» тоже взято из соответствующего контекста. Действия, совершаемые терапевтической группой в процессе создания индивидуального мифа заказчика (заказчик — человек, который проходит лингвистическую психотерапию), подчиняясь неким скрытым и пока недостаточно исследованным механизмам метода, складываются в действие, имеющее все классические признаки обряда инициации героя. Этот обряд связан с универсальными представлениями о «первоимени». При воспроизведении обряда инициации осуществляется акт приведения потенциального героя (героем является человек — носитель мифа) к осознанию себя как актуального героя — «уникального гения», имеющего отношение ко всему миру. Так совершается формирование «ядра» его личной истории — «мифологического тела героя».

Интересна связь терапевтического действия с другим обрядом — жертвоприношением.

Использование самого духа обряда жертвоприношения является, по сути, актом рождения инициированной личности через принесение героем в жертву своей личной истории. В результате осуществляется реконструкция личности — «складываются в кристалл» ее наиболее сильные и выразительные стороны.

Переосмотр личной истории может оказаться весьма болезненной процедурой, но безусловно приносящей положительные результаты. В целом через исполнение двух основных обрядов — инициации героя и жертвоприношения — и закладывается базовый алгоритм, по которому создается «чудесная личностная история», миф героя. В этом смысле психотерапия в рамках Л. п. в п. может рассматриваться как имеющая гуманистическое направление, особенностью которой является в некотором виде «сверхгуманистическое отношение» к проходящему терапии пациенту, когда принимается не только он сам «такой как есть», но и содержание его внутреннего мифологического эпоса, основанного на иррациональных представлениях и вере в чудо.

С позиций Л. п. в п. разработана методика вербальной мифологизации и инициации личности. Психотерапия проводится в специально подготовленной группе, участники которой имеют опыт применения метода, хорошо осведомлены о психолингвистических аспектах психотерапевтической работы. В составе группы могут быть и профессионалы — психологи и психотерапевты и др. с условием, что для каждого был в свое время написан личный миф. Методика проведения психотерапии в этих группах во многом сходна с работой группы по методу вербальной мифологизации личности, но имеет и определенные отличия.

На занятии сначала заключается терапевтический контракт, формируются принципы работы группы и, в частности, указывается роль заказчика: «Вы в группе главный человек и определяете ее форму работы, вы герой эпоса, который мы вместе и создадим». Учитывая гуманистическую направленность метода, заказчик может и должен выбирать себе и состав группы. Оговаривается, что создание мифа проводится в течение одного занятия, сколько бы оно ни продолжалось (были случаи, когда терапевтический миф создавался более 10 часов), каждый из участников группы проговаривает возможность своего присутствия в течение всего занятия.

На этом этапе дается описание метода, понятие индивидуального (личностного) мифа.

В основной части работы заказчик выполняет роль альфа-лидера, т. е. управляет группой для ее оптимального функционирования и максимальной помощи в создании собственного мифа. Психотерапевты находятся в позиции экспертов и помогают заказчику осуществить свою групповую роль. Все остальные участники группы стремятся задействовать свой интеллектуальный и эмоциональный потенциал, выступают как живая библиотека, стараясь предоставить свои проекции на элементы мифа. Группа работает только над созданием мифа, и в этом смысле в ней нет прямой *обратной связи* и не поощряются безоценочные суждения, скорее наоборот, группа и ее участники провоцируют пациента для продуцирования сначала элементов и базовых метафор мифа, а затем помогают в создании «чернового мифа», который потом сворачивается до текста, лишённого деталей и конкретных событий, превращаясь в универсальный текст, полностью им принятый. В некоторых случаях текст в целом создается пациентом, в других — участники группы на основе обсуждения элементов мифа предлагают свои варианты, которые после принятия их включаются в основной текст.

В завершение работы заказчик переписывает текст от руки, что объясняется необходимостью пропускания текста «через себя». В конце проводится своеобразный шеринг, когда участники группы высказывают свое отношение к написанному тексту мифа. Отклики могут быть оценочными, расшифровывающими символы и метафоры мифа, проективными, анализирующими стратегию написания мифа и стратегии поведения, которые проявились в содержании мифа.

**ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ (РЕКОНСТРУКТИВНАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ КАРВАСАРСКОГО, ИСУРИНОЙ, ТАШЛЫКОВА.** Психотерапевтическое направление, представляющее собой дальнейшее развитие учения В. Н. Мясничева о неврозах и их психотерапии (см. *Патогенетическая психотерапия Мясничева*). По основным своим теоретическим положениям Л.-о. (р.) п. К., И., Т. может быть отнесена к психодинамическому направлению в психотерапии. Разрабатывается в отделении неврозов и психотерапии Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (Карвасарский Б. Д., 1982, 1985, 1990; Исурина Г. Л., 1983, 1992, 1994; Ташлыков В. А., 1984, 1994, и др.). Становление Л.-о. (р.) п. К., И., Т. как самостоятельного направления в психотерапии может быть

отнесено к началу 1970-х гг. и включает в себя: 1) концепцию личности как систему отношений индивида с окружающей средой; 2) биопсихосоциальную концепцию невротических расстройств, в рамках которой невроз понимается прежде всего как психогенное заболевание, обусловленное нарушением значимых для личности отношений; 3) систему личностно-ориентированной индивидуальной и *групповой психотерапии*, основной целью которой является достижение позитивных личностных изменений (коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов), что ведет как к улучшению субъективного самочувствия пациента и устранению симптоматики, так и к восстановлению полноценного функционирования личности. Концепция Л.-о. (р.) п. К., И., Т. содержит представления о ее целях и задачах, механизмах лечебного действия, специфике и этапах психотерапевтического процесса, особенностях взаимодействия пациента, психотерапевта и группы, методических подходах и технических приемах и пр.

Первоначально цели и задачи Л.-о. (р.) п. К., И., Т. формулировались следующим образом: 1) глубокое и всестороннее изучение личности больного; специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, потребностей; 2) выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению невротического состояния и симптоматики; 3) достижение у больного *осознания* и понимания причинно-следственных связей между особенностями его системы отношений и его заболеванием; 4) изменение и коррекция нарушенной системы отношений больного неврозом; 5) при необходимости помощь больному в разумном разрешении его психотравмирующей ситуации, изменении его объективного положения и отношения к нему окружающих.

Дальнейшее развитие Л.-о. (р.) п. К., И., Т., которое во многом связано с широким использованием *групповой психотерапии*, позволило на основе анализа опыта практической работы и научных исследований в данной области более четко и конкретно сформулировать основные теоретические положения этой психотерапевтической системы в целом применительно и к индивидуальной, и к групповой ее формам, и прежде всего ее цели и задачи, а также представления о механизмах лечебного действия.

Сформулированные вначале задачи Л.-о. (р.) п. К., И., Т. основанные на положениях, разработанных В. Н. Мясищевым, по сути дела отражают поэтапный характер психотерапевтического процесса — от изучения личности пациента и пациентом, через *осознание*, к коррекции нарушенных отношений личности — и фокусируют психотерапевтический процесс преимущественно на когнитивных аспектах. Однако Л.-о. (р.) п. К., И., Т. не просто включает в качестве своих задач три плоскости изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую) — сам процесс психотерапии основан на сбалансированном использовании когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов.

Цели и задачи любого психотерапевтического направления, ориентированного на личностные изменения, вытекают из представлений о специфике личностных нарушений, что в свою очередь определяется личностной концепцией. Именно поэтому в рамках конкретного направления цели и задачи психотерапии формулируются в общем виде как для индивидуальной, так и для групповой психотерапии, но решаются с помощью собственных средств.

Задачи Л.-о. (р.) п. К., И., Т. с учетом трех плоскостей ожидаемых изменений более подробно могут быть сформулированы следующим образом:

1. Познавательная сфера (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание). Процесс психотерапии должен помочь пациенту осознать:

- связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств;
- какие ситуации вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление симптоматики;
- связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усилением симптоматики;
- особенности своего поведения и эмоционального реагирования в различных ситуациях, их повторяемость, степень адекватности и конструктивности;



— как воспринимается его поведение другими, как реагируют окружающие на те или иные особенности поведения и эмоционального реагирования и как оценивают их, какие последствия имеет такое поведение;

— существующее рассогласование между собственным образом «Я» и восприятием себя другими;

— собственные потребности, стремления, мотивы, отношения, установки, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;

— характерные защитные психологические механизмы;

— внутренние психологические проблемы и конфликты;

— более глубокие причины переживаний, способов поведения и эмоционального реагирования начиная с детства, а также условия и особенности формирования своей системы отношений;

— собственную роль, меру своего участия в возникновении, развитии и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также того, каким путем можно было бы избежать их повторения в будущем.

В целом задачи интеллектуального осознания в рамках Л.-о. (р.) п. К., И., Т. сводятся к трем аспектам: осознание связей «личность—ситуация—болезнь», осознание интерперсонального плана собственной личности и осознание генетического (исторического) плана. Следует подчеркнуть, что первая стадия осознания, которая условно обозначается как «ситуация—личность—болезнь», не имеет определяющего значения для собственного психотерапевтического эффекта. Она скорее создает более устойчивую мотивацию для активного и осознанного участия пациента в психотерапевтическом процессе.

2. Эмоциональная сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

— получать *эмоциональную поддержку* со стороны психотерапевта или группы, пережить положительные эмоции, связанные с принятием, поддержкой и взаимопомощью;

— пережить в рамках психотерапевтического процесса те чувства, которые он часто испытывает в реальной жизни, воспроизвести те эмоциональные ситуации, которые были у него в реальной жизни и с которыми он не мог справиться;

— пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций;

— научиться искренности в чувствах к себе и другим людям;

— стать более свободным в выражении собственных позитивных и негативных эмоций;

— научиться более точно понимать и принимать, а также вербализовать собственные чувства;

— раскрыть свои проблемы с сопутствующими им переживаниями (зачастую ранее скрытыми от самого себя или искаженными);

— модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия себя самого и своих отношений с другими;

— произвести эмоциональную коррекцию своих отношений.

В целом задачи Л.-о. (р.) п. К., И., Т. в эмоциональной сфере охватывают 4 основных аспекта: точное распознавание и *вербализацию* собственных эмоций, а также их принятие; переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта; непосредственное переживание и осознание опыта психотерапевтического процесса и своего собственного; формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе.

3. Поведенческая сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

— увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы;

— приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения;

— преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в процессе психотерапии, в том числе связанные с избеганием субъективно сложных ситуаций;

— развить формы поведения, связанные с сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью;

— закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;

— выработать и закрепить адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

В самом общем виде направленность Л.-о. (р.) п. К., И., Т. применительно к поведенческой сфере может быть сформулирована как задача формирования эффективной саморегуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благоприятного отношения к себе.

Таким образом, задачи Л.-о. (р.) п. К., И., Т. фокусируются на трех составляющих самосознания — на самопонимании, отношении к себе и саморегуляции, а общая цель может быть определена как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы.

Механизмы лечебного действия Л.-о. (р.) п. К., И., Т. лежат в трех основных плоскостях — когнитивной, эмоциональной и поведенческой — и могут быть обозначены как *конфронтация*, *корригирующий эмоциональный опыт* и *научение*.

Конфронтация, по мнению большинства авторов, является ведущим механизмом лечебного действия психотерапии, ориентированной на личностные изменения. Конфронтация, понимаемая как столкновение пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, отношениями и установками, с характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами, осуществляется в основном за счет *обратной связи* между участниками психотерапевтического процесса. В ходе *индивидуальной психотерапии* «инструментом» обратной связи выступает психотерапевт, который не столько привносит в нее содержание, сколько отражает различные аспекты психологической реальности пациента, концентрируя внимание на сложностях и противоречиях. Обратная связь в групповой психотерапии является более многоплановой, так как осуществляется между каждым из членов группы и группой как целым. Каждый участник за счет обратной связи получает разнообразную информацию о самом себе: как он воспринимается другими, какие эмоциональные реакции вызывает его поведение у окружающих, насколько адекватно его понимание различных межличностных ситуаций, каковы цели и мотивы его поведения, насколько его актуальное поведение способствует или препятствует достижению этих целей и насколько они реалистичны, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы для него характерны, какую связь между его прошлым опытом и актуальным поведением видят другие и пр. Обратная связь дает участнику группы возможность осмыслить и оценить значение собственного «Я» в типичных для него межличностных ситуациях и, соотнося прошлое и настоящее, понять собственные проблемы и особенности своих отношений. Пациент видит себя как бы в различных зеркалах, которыми являются участники *психотерапевтической группы*. Конфронтация пациента с отраженным образом «Я», во многом не согласующимся с существующим представлением о себе, способствует осознанию новых аспектов собственной личности и интеграции полученной информации, что приводит к расширению образа «Я» и его большей адекватности. Однако материал осознания, хотя и относится прежде всего к личности пациента, включает и иные аспекты, связанные с более адекватным пониманием других людей, особенностей их переживаний и поведения, а также определенных общих аспектов функционирования человеческой психики, взаимоотношений и взаимосвязи психических и соматических процессов, межличностного взаимодействия, иными словами, всего того, что можно обозначить как развитие психологической культуры в широком смысле. Очевидно, что групповая психотерапия создает более благоприятные условия для такого осознания, поскольку являет собой реальное эмоциональное взаимодействие, в котором во всей полноте раскрываются психологические особенности каждого участника группы, и предоставляет более широкие возможности для сопоставления собственных отношений, установок и позиций с отношениями, установками и позициями других людей. Такое сопоставление способствует не только более глубокому пониманию самого себя, но и повышению чувствительности к другим, принятию и уважению ценности и значимости других людей, несмотря на существующие личностные различия, а это в свою очередь ведет к улучшению межличностного взаимодействия, снижает напряжение и уменьшает сложности во взаимоотношениях.

Корригирующий эмоциональный опыт (или корригирующее эмоциональное переживание) включает: переживание и анализ своего эмоционального опыта (прошлого, в том числе относящегося к родительской семье, и актуального, связанного собственно с процессом психотерапии) и эмоциональную поддержку. Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом (или группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания

предполагает принятие пациентом новой информации о себе, которая часто не согласуется с собственными представлениями. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствуют восприятию пациентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов; более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает *сопротивление*, делает пациента более открытым для новой информации и нового опыта. Это означает, что самооценка и отношение к себе играют чрезвычайно важную роль в становлении адекватного самопонимания и могут как способствовать, так и препятствовать этому процессу. Эмоциональная поддержка оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и производит корректирующее эмоциональное воздействие на такой важнейший элемент системы отношений, каким является отношение к себе, практически всегда неадекватное в структуре отношений невротической личности. Изменение отношения к себе происходит, с одной стороны, под влиянием нового знания о себе, а с другой — в связи с изменением эмоционального компонента этого отношения, которое и обеспечивается в основном за счет эмоциональной поддержки. Принятие пациента психотерапевтом (или группой) способствует развитию сотрудничества, облегчает усвоение пациентом психотерапевтических норм, повышает его активность и ответственность в психотерапевтическом процессе, создает условия для самораскрытия. Аналогом принятия в индивидуальной психотерапии является групповая сплоченность в групповом психотерапевтическом процессе, которая обеспечивает еще более высокий и многоплановый уровень эмоциональной поддержки. Корректирующее эмоциональное переживание связано также с переживанием пациентом своего прошлого и текущего (актуального) опыта. Возникновение в ходе психотерапии различных эмоциональных ситуаций, с которыми пациент не мог справиться в реальной жизни, позволяет в особых психотерапевтических условиях вычленивать эти переживания, проанализировать их, пережить заново, переосмыслить и выработать более адекватные формы эмоционального реагирования. Еще один аспект корректирующего эмоционального переживания связан с проекцией эмоционального опыта, полученного в родительской семье, на психотерапевтическую ситуацию. Анализ этих переживаний на основе эмоционального взаимодействия в психотерапевтической ситуации позволяет пациенту в значительной степени переработать эмоциональные проблемы, уходящие корнями в родительскую семью.

Научение в рамках Л.-о. (р.) п. К., И., Т. осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия более благоприятствует реализации поведенческих механизмов в сравнении с индивидуальной. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, выявляя в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания, и для выработки навыков полноценного общения. Пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят ему удовлетворение и позитивно воспринимаются другими. Все это создает благоприятные предпосылки для генерализации достигнутых поведенческих изменений и на другие ситуации, в реальной жизни.

В системе Л.-о. (р.) п. К., И., Т. индивидуальная и групповая ее формы решают общие психотерапевтические задачи (раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию нарушенных отношений личности, обусловивших возникновение и субъективную неразрешимость конфликта, а также фиксирующих его), используя свою специфику. При этом индивидуальная психотерапия в большей степени ориентирована на исторический (генетический) план личности пациента, но учитывает и реальную ситуацию взаимодействия, а групповая — на межличностные аспекты, но обращается и к историческому плану личности пациента.

Условно можно выделить определенную последовательность в поведении врача в процессе индивидуальной Л.-о. (р.) п. К., И., Т. При первой встрече с пациентом он минимально активен, не директивен, способствует искреннему раскрытию эмоциональных переживаний пациента, созданию доверительного контакта. Затем, увеличивая свою активность, приступает к выяснению «внутренней картины болезни», к вербализации пациентом его представлений о болезни, ожиданий от лечения и перспектив выздоровления. Проводя коррекцию концепции болезни у пациента, врач обсуждает с ним данные обследований, помогает понять, что причины невроза кроются не в органических изменениях, и

уловить связь эмоциональных факторов с симптоматикой. В этот период психотерапевт предоставляет больному соответствующую информацию и выступает преимущественно в роли эксперта. После уяснения пациентом связи между симптоматикой и провоцирующими патогенными ситуациями содержание бесед существенно меняется. Их предметом становятся уже не симптомы, а психологические проблемы, переживания и отношения больного. Постепенно в процессе обсуждения и переработки этого материала в сознании пациента выстраивается определенная схема из различных звеньев новой концепции болезни (эмоциональные факторы или патогенные ситуации — личностные позиции или отношения — потребности или мотивы — невротический конфликт — симптоматика). Взаимоотношения с больным углубляются, психотерапевт становится помощником в интенсивной работе пациента над его внутренним миром. На заключительном этапе Л.-о. (р.) п. К., И., Т. психотерапевт снова увеличивает свою активность и даже директивность в испытании и закреплении пациентом новых способов восприятия, эмоционального реагирования и поведения.

В течение лечебного курса при использовании этого метода на всех его этапах постоянно осуществляются 2 взаимосвязанных психологических процесса — осознание и реконструкция отношений личности. Первый процесс — осознание, *инсайт* — заключается в постепенном расширении сферы самосознания больного, связанном с необходимостью понимания им истинных источников собственных невротических расстройств; второй — реконструкция отношений личности — в соответствии со степенью осознания проявляется в коррекции нарушенных и выработке новых отношений на познавательном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Что же может осознать пациент в процессе Л.-о. (р.) п. К., И., Т.? Психотерапевт помогает больному осмыслить связи между способами реагирования в определенных жизненных обстоятельствах, нарушенными значимыми для него отношениями и возникновением невроза. Врач выступает здесь в роли проводника в познании больным своего внутреннего мира. На трудности этого пути указывал И. П. Павлов. «Надлежит, — писал великий физиолог, — отыскать вместе с больным или помимо его или даже при его сопротивлении среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза. Дальше нужно понять, почему эти обстоятельства обусловили такой результат у нашего больного, когда у другого человека они же остались без малейшего внимания».

В условиях Л.-о. (р.) п. К., И., Т. психотерапевт пытается расширить у больного область осознаваемого, чтобы помочь ему уяснить причинно-следственные связи, породившие невроз, вербализовать смутные переживания и уточнить те соотношения, которые сам пациент прежде не соединял в своем сознании. Важно «натолкнуть» больного на связывающие звенья между различными аспектами его поведения и эмоциональными особенностями, раскрывающие уязвимые точки его личности. Полезным в этом процессе является привлечение внимания больного к возможным аналогиям его эмоциональных отношений с психотерапевтом и со значимыми в его жизни лицами.

В отличие от *психоанализа*, при Л.-о. (р.) п. К., И., Т. речь идет о расширении сферы осознаваемого не на основе прямого анализа бессознательного и его антагонистического взаимодействия с сознанием, а посредством поиска связей между разобщенными прежде в сознании больного представлениями, точной вербализации неясных переживаний и понятий. Кроме того, в психоанализе смысл нового знания, понимания с помощью *интерпретаций* в определенной мере «навязывается» пациенту психоаналитиком, который исходит из довольно ограниченного набора жестких схем, прямо или косвенно связанных с сексуальностью человека в течение всей его жизни, особенно в раннем возрасте. При Л.-о. (р.) п. К., И., Т. пациент в сотрудничестве с психотерапевтом реконструирует самосознание, оставаясь в мире реальных событий и понятий.

Самое главное и самое трудное при обсуждении заключается в том, чтобы помочь больному понять, что его невроз был вызван не только обстоятельствами жизни и внешними конфликтами, но и внутренним конфликтом, в основе которого лежат его неадекватные отношения и малосовместимые потребности, вследствие чего он не способен разрешить свои проблемы. Конфликт сопровождается эмоциональным напряжением, дезорганизирующим сомато-нервнопсихическое функционирование пациента и вызывающим соответствующую симптоматику. Именно эти взаимосвязи психотерапевт и помогает осознать больному. Уяснение пациентом психологических механизмов болезни не является чисто рациональным, познавательным процессом; в него обязательно должны быть включены

достаточно значимые эмоциональные переживания, которые и делают возможной необходимую перестройку личности на основе положительных внутренних ресурсов. Рациональное, интеллектуальное понимание пациентом своих невротических проблем и их причин само по себе малодейственно и к необходимым переменам в личности больного не приводит; оно должно быть завершающим звеном процесса осознания, эмоционально насыщенного в своей сущности.

Глубина осознания может быть разноуровневой. Первый уровень может касаться понимания пациентом некоторых новых представлений о своем дезадаптивном поведении, в частности в условиях патогенной ситуации. Это осознание может возникнуть в обстановке откровенного общения с другими больными, медперсоналом и психотерапевтом, второй уровень отражает осмысление пациентом тех неадекватных отношений (в самооценке, отношении к другим людям и окружающему миру), которые лежат в основе его невротического поведения. На этом уровне осознания больной не только видит неконструктивность своего поведения в прошлом, но и понимает, почему он вел себя таким образом. Третий уровень глубины понимания пациентом генеза своего невроза (особенно важно это бывает при невротических развитиях, требующих длительной психотерапии) связан с осознанием им нарушений в сфере мотивов и потребностей, лежащих в основе неправильно сформированных в ходе развития личности отношений. При анализе жизненной истории психотерапевту приходится обращать особое внимание пациента на развитие его чувств и форм поведения начиная с детства, когда в силу условий воспитания могла формироваться неадекватность системы его отношений. В процессе психотерапии не всегда удастся достичь всех указанных уровней. Что же способствует достижению осознания (инсайта), если такая цель ставится психотерапевтом? Во-первых, прогностически полезными могут быть такие свойства, как способность больного к самонаблюдению, психологическая настроенность на *самоанализ*, рефлексия, склонность к самораскрытию, достаточный уровень интеллекта. Психологическая настроенность и самораскрытие пациента могут повышаться в процессе психотерапии. Во-вторых, важны такие условия, как эмпатический подход психотерапевта, доверительность в контакте и *катарсис*, кроме того, обратная связь (восприятие себя в реакциях других).

Осознание и понимание являются лишь началом психотерапии, вернее — ее условием. Важна реорганизация тех значимых в данной жизненной ситуации отношений личности, дезадаптирующее влияние которых проявляется в целостном функционировании пациента. Недостаточно адекватные вследствие «изъянов» развития личности отношения в определенных жизненных обстоятельствах могут быть не столько условием внешних и внутренних конфликтов, сколько причиной неспособности человека успешно решать эти конфликты. Именно эта неспособность и является основой развития невротических состояний. Задача психотерапии — путем реорганизации системы отношений сделать личность способной к разрешению трудностей. В отличие от рациональной и гипноуггестивной психотерапии, подобная психотерапия и может быть названа реконструктивной, так как реконструкция отношений личности — это главная и отличительная ее цель. Достижение этой цели ведет не только к устранению невротической симптоматики, но и к развитию новых, зрелых форм восприятия, переживаний и поведения пациента.

В ходе реконструкции нарушенных отношений больного происходят 2 процесса: коррекция неадаптивных позиций и выработка новых, более реалистичных, проверяющихся вначале в условиях терапевтической среды, а затем — во внелечебных ситуациях реальной жизни пациента. Изменение отношений во внутренней структуре личности осуществляется преимущественно с помощью двух основных психологических механизмов — идентификации и интернализации. Идентификация (отождествление) отражает довольно поверхностный и нестойкий уровень перемен в системе отношений и поведения пациента. Как правило, она является следствием удовлетворяющего определенные потребности больного (например, в признании или опеке) контакта с психотерапевтом. Пациент пытается усвоить одобряемые психотерапевтом формы поведения, конкретные суждения или представления. Обычно этот процесс усвоения специфических позиций носит неосознаваемый характер. Идентификация в ряде случаев может быть переходом к более глубокому уровню перемен, который осуществляется с помощью механизмов интернализации и интериоризации. Важным условием этого типа перемен является атмосфера положительного принятия больного психотерапевтом, интенсивность и глубина процесса осознания, конструктивное использование конфронтации в системе психотерапевтических воздействий.

Процесс реконструкции отношений и выработки нового поведения пациента протекает обычно с определенными трудностями, противодействием, сопротивлением больного. Это сопротивление — реальный клинический факт, затруднение, возникающее при коррекции неадаптивного поведения пациента. Представляя собой проявление *психологической защиты*, сопротивление обычно отражает реакцию пациента на болезненное для него прикосновение к зачастую глубоко скрытым или скрываемым тягостным переживаниям, а также на перестройку неадаптивного поведения. Сопротивление больного проявляется в общении с психотерапевтом в различных формах — в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, в переводе разговора на другую тему, в неясности формулировок проявления своего заболевания, в неприятии реальных фактов, в отрицательной реакции на те или иные методы лечения, в юморе, иногда даже в излишней податливости и согласии с высказываниями психотерапевта без должной их переработки.

Степень сопротивления, противодействия психотерапевтическому влиянию в процессе лечения может изменяться. Она повышается при несовместимости установок больного и психотерапевтического стиля психотерапевта, при явном игнорировании устойчивых лечебных ожиданий пациента, при преждевременной интерпретации, при чрезмерных требованиях от него откровенности или активности, при неверии психотерапевта в возможности больного и при внутренней отрицательной позиции (критика без одобрения, ирония) и т. д. Следует отличать сопротивление от резистентности к психотерапии. Последняя может быть обусловлена такими характеристиками больного, как низкая мотивация к лечению вплоть до рентной установки, низкий интеллект или негибкость мышления, психический инфантилизм. Изменения в системе отношений больного, и прежде всего в самооценке, тесно связаны с перестройкой его поведения. Важными являются направленная коррекция малоадаптивных форм поведения и выработка новых, более адекватных достигнутому уровню интеграции внутреннего мира пациента.

Групповая Л.-о. (р.) п. К., И., Т. при неврозах не изменяет ее сущности. Так же как и в индивидуальной психотерапии, основной задачей ее является коррекция нарушенной системы отношений больного неврозом и неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов; осознание, основанное на конфронтации пациента с собственным «Я», также рассматривается в качестве ведущего механизма лечебного действия. Однако групповая психотерапия позволяет не только создать более благоприятные условия для осознания, предоставляя пациенту многоплановую обратную связь, но и активнее использовать в процессе психотерапии эмоциональные и поведенческие механизмы лечебного действия, повышая тем самым ее эффективность.

В контексте теоретических представлений Л.-о. (р.) п. К., И., Т. в групповой ее форме в качестве методических приемов используются *групповая дискуссия, психодрама, психогимнастика, психопантомима, проективный рисунок, музыкотерапия* и др. (см. также *Вербальные и невербальные методы групповой психотерапии*).

В последние годы, основываясь на известной пластичности и открытости системы Л.-о. (р.) п. К., И., Т. и учитывая преимущественно психодинамическую ее направленность, ее авторы стремились к разумной интеграции в эту систему принципов и методов второго и третьего направлений современной психотерапии — гуманистического и бихевиористского. Трехкомпонентный характер отношений, представляющий собой основной системообразующий фактор в принятой концепции личности, создает предпосылки для интеграции других психотерапевтических приемов (Александров А. А., Бараш Б. А., Исурина Г. Л. и др., 1992; Эйдемиллер Э. Г., 1994; Федоров А. П., 1995, и др.). Следует лишь подчеркнуть, что, в то время как Л.-о. (р.) п. К., И., Т. направлена на достижение основной стратегической цели — реконструкции и гармонизации нарушенной системы отношений личности, послужившей главной причиной невротической декомпенсации, другие психотерапевтические приемы решают скорее тактические задачи, в целом повышая эффективность и экономичность психотерапевтических воздействий.

**ЛИЧНОСТНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ.** Это понятие отражает важнейший теоретико-методологический принцип медицины и медицинской психологии, традиционно подчеркиваемый в отечественной литературе (Мясищев В. Н., 1971; Платонов К. К., 1977, и др.). Личностный подход, согласно К. К. Платонову, — это подход к больному человеку как к целостной личности с учетом ее многогранности и всех ее индивидуальных особенностей. Автор различает

личностный и индивидуальный подход — последний принимает во внимание конкретные особенности, присущие в данном случае данному человеку. Индивидуальный подход может быть и шире (если он включает учет и личностных, и соматических качеств), и уже (в том случае, когда он учитывает только какие-либо отдельные личностные или соматические особенности) личностного подхода. Следует также различать Л. п. в п. и личностно-ориентированную психотерапию. *Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова* является основой, фундаментом психотерапевтического воздействия, направленного на решение стратегических задач. Само название этой группы методов указывает на то, что понятие личности является здесь центральным. В личностно-ориентированной психотерапии наиболее наглядно реализуется личностный подход, а ее многочисленные методы и приемы базируются на различных теоретических представлениях и концепциях личности. Однако личностный подход — понятие более широкое, оно распространяется на все психотерапевтические методы, в том числе и на симптомоцентрированные, решающие скорее задачи тактические. Так, в *суггестивной психотерапии* выбор применяемых методов — *гипноза, внушения* в состоянии бодрствования, *косвенного внушения* и пр. — зависит от особенностей личности больного, его внушаемости и податливости гипнозу, степени личностных изменений, связанных с болезнью, отношения больного к заболеванию (пассивно-страдательного или активно-положительного) и к врачу.

Очевидно, что в психотерапии как системе воздействия на психику и через психику больного, в методе, по словам В. Н. Мясищева (1958), специфически человеческом, личностный подход осуществляется в полной мере. По сути, психотерапия является инструментом реализации личностного подхода. Поэтому психотерапевтическое воздействие предполагает знание врачом основ медицинской психологии, объект изучения которой — личность больного. На связь психотерапии, опирающейся непосредственно на психологические особенности человека, с медицинской психологией указывали многие авторы (Мясищев В. Н., 1971; Платонов К. К., 1977; Лебединский М. С., 1977, и др.). Как отмечает Б. Д. Карвасарский (1985), развитие психотерапии тесно связано с разработкой учения о личности, механизмах, закономерностях и расстройствах ее функционирования. Автор подчеркивает двусторонний характер этой связи: само становление взглядов на личность в *психоанализе, неофрейдизме, экзистенциально-гуманистической психологии* во многом основывалось на психотерапевтической практике. Реализация Л. п. в п. предполагает детальное изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, их трансформации в процессе заболевания. Такая информация необходима как для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, так и в ходе лечебно-восстановительной, психотерапевтической и психокоррекционной практики, а также лечебно-профилактической работы в соматической клинике с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни и их последствия. Одной из узловых проблем здесь является разграничение преморбидных особенностей личности и характеристик, привнесенных заболеванием и его развитием. Другая важная задача исследования личности больного состоит в определении участия психического компонента в генезе различных заболеваний: от большого круга болезней, в этиопатогенезе которых психическому фактору принадлежит либо решающая (неврозы), либо весьма существенная роль (другие пограничные состояния, психосоматические расстройства и пр.), до заболеваний, в которых психический фактор проявляется как реакция на болезнь, изменение психологического функционирования индивида в связи с соматическим расстройством. В качестве модели трансформации личностных особенностей может рассматриваться невроз с основными его стадиями. В. Н. Мясищев (1960) и Б. Д. Карвасарский (1985) выделяют первичные, вторичные и третичные личностные образования. Первичные связаны преимущественно с темпераментом. Вторичные определяются нарушенными значимыми отношениями пациента. Третичные представляют собой усиление этих черт — при затяжном течении невроза и невротическом развитии — до степени характерологических акцентуаций и психопатических особенностей, во многом определяющих поведение человека и его дезадаптацию. Рассмотренные на модели невроза первичные, вторичные и третичные особенности личности можно выделить и в структуре личностных расстройств при других нервно-психических и психосоматических заболеваниях. Учет первичных, вторичных и третичных личностных образований чрезвычайно важен при выборе оптимальной психотерапевтической тактики. Если при первичных личностных расстройствах существенную роль

играют биологические методы лечения, то коррекция вторичных личностных нарушений требует уже проведения личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Коррекция третичных личностных расстройств, обнаруживающихся в поведенческой сфере, наиболее конструктивно протекает, если личностно-ориентированная психотерапия дополняется различными вариантами *поведенческого тренинга*. Принятые во внимание первичные, вторичные и третичные личностные образования позволяют более целенаправленно использовать и иные формы психотерапии (внушение, *самовнушение* и др.). Таким образом, только при учете специфики личностных нарушений разноуровневого вида психотерапия приобретает дифференцированный и содержательный характер.

**ЛОГОТЕРАПИЯ.** Метод психотерапии, созданный *Франклом* (Frankl V. E.) (древнегр. logos — смысл), и экзистенциального анализа представляет собой сложную систему философских, психологических и медицинских воззрений на природу и сущность человека, механизмы развития личности в норме и патологии, пути коррекции аномалий в развитии личности.

Л., как ее называют некоторые авторы, Третья венская школа психотерапии, занимается смыслом человеческого существования и поисками этого смысла. Согласно Л., стремление к поиску и реализации человеком смысла своей жизни — врожденная мотивационная тенденция, присущая всем людям и являющаяся основным двигателем поведения и развития личности. Поэтому Франкл говорил о «стремлении к смыслу» в противовес принципу удовольствия (иначе — «стремление к удовольствию»), на котором сконцентрирован *психоанализ*. Человеку требуется не состояние равновесия, гомеостаз, а скорее борьба за какую-то цель, достойную его.

Человеческое стремление к реализации смысла жизни может быть фрустрировано; «экзистенциальная фрустрация», хотя сама по себе не патогенна, может привести к неврозу, корнящемуся не в психической, а в духовной сфере существования человека. Эти ноогенные неврозы возникают не в связи с конфликтами между влечением и сознанием, а из-за конфликтов между различными ценностями, на основе нравственных конфликтов. Фрустрированная потребность в смысле жизни может компенсироваться стремлением к власти, к удовольствию (часто в виде сильного сексуального влечения), психогенными неврозами. Поэтому Л. показана в случае не только ноогенных, но и психогенных неврозов.

Л. не является лечением, конкурирующим с остальными методами, но она вполне может соперничать с ними благодаря дополнительному фактору, который она включает. Как одно из направлений современной психотерапии Л. занимает в ней особое место, противостоя, с одной стороны, психоанализу, а с другой — *поведенческой психотерапии*. Она отлична от всех остальных систем психотерапии не на уровне невроза, а при выходе за его пределы, в пространстве специфических человеческих проявлений. Конкретно речь идет о двух фундаментальных антропологических характеристиках человеческого существования: о его самотрансценденции и способности к самоотстранению. На этих двух онтологических характеристиках человека основывается механизм действия методов *парадоксальной интенции* Франкла, которая применяется при лечении фобий и obsessions и дерефлексии, используемой при лечении сексуальных неврозов.

Существуют специфическая и неспецифическая сферы применения Л. Психотерапия разного рода заболеваний — это неспецифическая сфера. Специфической же сферой являются ноогенные неврозы, порожденные утратой смысла жизни. В этих случаях используется методика *сократовского диалога*, позволяющая подтолкнуть пациента к открытию им для себя адекватного смысла жизни. Важную роль играет при этом личность самого психотерапевта, хотя навязывание им своих смыслов недопустимо.

Никто, и логотерапевт в том числе, не «преподносит» тот единственный смысл, который человек может найти в своей жизни, в своей ситуации. Однако Л. ставит целью расширение возможностей пациента видеть весь спектр потенциальных смыслов, которые может содержать в себе любая ситуация. Не человек ставит вопрос о смысле своей жизни — жизнь ставит этот вопрос перед ним; другими словами, человек не изобретает его, а находит в объективной действительности. Правильно ставить вопрос не о смысле жизни вообще, а о конкретном смысле жизни данной личности в данный момент.

Вопрос о том, как человек находит смысл своей жизни, является ключевым для практики Л. Сам процесс нахождения смысла сводится к общепсихологическим закономерностям человеческого познания (в частности, выделения фигуры из фона). Однако смысловая реальность не сводится к



измерениям биологического и психологического существования человека и не может изучаться их традиционными методами.

Положение об уникальности смысла не мешает Франклу дать содержательную характеристику возможных позитивных смыслов. Ценности — смысловые универсалии, являющиеся результатом обобщения типичных ситуаций в истории общества. Выделяются 3 группы ценностей: ценности творчества, ценности переживания и ценности отношения. Приоритет принадлежит ценностям творчества, основным путем реализации которых является труд. Из числа ценностей переживания Франкл подробно останавливается на любви, обладающей богатым смысловым потенциалом.

Основной пафос и новизна Л. связаны с ценностями отношения. При любых обстоятельствах человек способен занять осмысленную позицию по отношению к этим обстоятельствам и придать своему страданию глубокий жизненный смысл. Таким образом, жизнь человека никогда не может оказаться бессмысленной. Практические достижения Л. связаны как раз с ценностями отношения, с нахождением людьми смысла своего существования в ситуациях, представляющихся безвыходными. Однако обращение к ним оправданно, когда все остальные возможности повлиять на собственную судьбу исчерпаны.

С принятием решения, с выбором сопряжена ответственность человека за свою жизнь. Проблема ответственности — узловая проблема Л.: найдя смысл, человек несет ответственность за осуществление этого уникального смысла; от индивида требуется принятие решения, желает ли он или нет осуществлять смысл в данной ситуации.

Необходимость и свобода локализованы не на одном уровне. Свобода возвышается над любой необходимостью. Человек свободен по отношению к своим влечениям, к наследственности и факторам внешней среды. Он, в определенных пределах, самодетерминирующееся существо. Он свободен реализовать смысл жизни.

## М

**МАРАФОН** (греч. *maraphon*). Групповое занятие продолжительностью от нескольких часов (более 5) до нескольких дней, используемое для *тренинга* профессионалов, *психопрофилактики* здоровых пациентов и значительно реже — для психотерапии.

Типичным примером является «марафон в выходные дни» (*week-end meeting*) продолжительностью 24-48 часов, позволяющий участникам приобрести групповой опыт без отрыва от работы или учебы. Временной режим работы М. может быть директивно структурирован ведущим с фиксацией перерывов для еды и сна, либо в процессе недирективной работы ответственность за распределение времени занятия передается группе и каждому участнику в отдельности. М. проводится изолированно и одноразово с целью тренинга или активизации самопознания либо включается в цикл обычных групповых занятий для решения тактических тренинговых или терапевтических задач. Продленная форма групповых занятий нередко сочетается с экстравагантным содержанием типа коллективной экзистенциальной исповеди, нудистского М. или необходимости преодоления целого блока эмоционально-стрессовых ситуаций — «Эрхардовские семинары» (EST).

Основные специфические механизмы М.: 1) интенсивность и концентрированность психотерапевтических отношений и тренинговых приемов превышает интенсивность аналогичного суммарного времени блока «классических» (90 минут) занятий благодаря экономии времени на «разогрев» и структурирование группы; 2) нарастающая астенизация и сбой биологического суточного ритма, поведенческих стереотипов участников (особенно при занятиях в ночное время без фиксированных перерывов на сон) снижают *сопротивление*, способствуют более свободному выражению эмоций и облегчают возникновение измененных состояний сознания, *инсайтов*, и освоение нового опыта; 3) непрерывность группового опыта способствует включению разнообразных упражнений и переживаний в единый групповой контекст.

М. требует значительных психофизических ресурсов и слаженной котерапевтической работы ведущих.

## **МАССОВАЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛИЗМА**

**ГРИГОРЬЕВА.** В ходе практического применения метода А. Р. Довженко (см. *Стрессопсихотерапия алкоголизма («кодирование») Довженко*) Г. И. Григорьевым (1993) была разработана его оригинальная модификация. Новый метод формировался: 1) в процессе научного анализа собранных данных анамнеза и катамнеза больных, в лечение которых избирательно интегрировались психотерапевтические приемы других направлений; 2) под влиянием социально-политических перемен в российском обществе, характеризующихся всеобщей нестабильностью и полной деидеологизацией. Влияние социума создало экстремальную ситуацию при врачебной работе с таким неблагополучным контингентом, как лица, страдающие алкоголизмом.

В эмоциональной сфере фактических и потенциальных пациентов житейские состояния эйфории и стресса оборачивались болезнетворными аффектами; в интеллектуальной сфере обыденное сознание в поисках самоидентификации стало восприимчивым в равной степени как к оккультизму во всех его проявлениях, так и к религиозному традиционализму; в волевой сфере пациентов формировалась установка, препятствующая включению внутренних резервов. Модифицированный Г. И. Григорьевым метод стрессопсихотерапии алкоголизма по А. Р. Довженко решал сложную актуальную задачу: целенаправленную на алкоголизм психотерапию усилить вторичным эффектом общей *психопрофилактики* от воздействия деструктивных сил в обществе. Достижение двойного лечебного воздействия связано с усилением эмоционально-эстетической компоненты психотерапии, со смягчением устрашающих, «напрягающих» напутствий в формуле *внушения* («кодировании») и с приобщением к сотрудничеству христианских священников.

Интеграция в метод элементов различных психотерапевтических подходов и привлечение церковного опыта борьбы с алкоголизмом до некоторой степени делают сам метод эмоционально-эстетической психотерапии эклектичным, но не лишают его оригинальности и эффективности. Более того, последовательно раскрывая отдельные эстетические составляющие психотерапевтического воздействия, автор прагматично пришел к аналогии с театром и общественным богослужением. Результатом анализа художественной и соборной метафоры стала возможность увеличения числа пациентов на сеансе до нескольких сотен. Это достигается использованием эффекта взаимного эмоционально-психологического потенцирования — применявшегося издревле в сакральном храмовом действии. Подобный организационный прием имел положительное социальное значение также для ликвидации очереди на лечение в период внедрения метода и для каждого отдельно взятого пациента, решимость которого лечиться всегда находит безотлагательную поддержку.

Собственно общий сеанс массовой эмоционально-эстетической психотерапии разделен на ряд последовательных этапов: беседа врача с аудиторией, проповедь священника, антиалкогольная служба (взятая из Устава Санкт-Петербургского Александра Невского общества трезвости), напутственное слово священника и, наконец, сокращенный вариант сеанса А. Р. Довженко (продолжительность всего занятия около 6-8 часов). Подобные масштабы лечебного процесса потребовали распределения ролевых функций между руководителем сеанса и его ассистентами — другими врачами-психотерапевтами, принимающими непосредственное участие в общем сеансе и заключительной индивидуальной работе с каждым пациентом. «Театр одного актера» в варианте метода А. Р. Довженко в данной модификации был заменен «групповым театром» — бригадой врачей-психотерапевтов.

Участие священника в психотерапевтическом сеансе привело к частичному изменению содержания разъяснений, обращенных к пациентам; наряду с психобиологическим пониманием человека стали использоваться положения христианской антропологии (например, душа, греховное состояние), более близкие к обыденному сознанию; при возможности привлекался хор духовной музыки. Модель сеанса отражает тенденцию к сопряженности медицинской психотерапии и психотерапии церковной (соборность действия, борьба за человеческие души). Ритуализация лечебного процесса явно усиливает эмоционально-эстетическое действие психотерапевтических факторов и гармонизирует проповедь и молебен с последующими медицинскими процедурами. Форма метода заложила основы совместной работы врачей и священников, согласованные между Министерством здравоохранения СССР и Русской православной церковью. Необходимо отметить, что практика данного метода получила благословение митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского, а корректировка отдельных элементов сеанса проводилась под духовным руководством протоиерея Василия Лесняка.

Патологической системе алкоголизма, закрепившейся в личности больного, в предложенном

методе противостоит сложная лечебная система. Сохранены основные принципы стрессопсихотерапии алкоголизма («кодирование») по А. Р. Довженко, но в то же время Г. И. Григорьев внес в нее новое содержание. А. Р. Довженко говорил, что решение всех проблем больного он берет на себя, что вызывало и продолжает вызывать во многом справедливые нарекания со стороны психотерапевтов. Такой подход настраивает больных на полную пассивность и не включает в необходимой мере в лечебный процесс их личностные возможности, не способствует перестройке личности, держит эту личность в страхе перед непредсказуемыми последствиями в случае нарушения «кода». Метод эмоционально-эстетической психотерапии, наряду с известными из клинической практики характерными чертами заболевания и личности пациентов, учитывает церковную оценку больного алкоголизмом как «грехопадение» в болезнь. В новом измерении пациент становится не только больным алкоголизмом, но и страждущим грешником, а значит, имеет не только право на медико-социальную помощь, но и обязанность — быть человеком. Церковное участие в интенсивной форме помогает пациенту сделать несколько шагов, аналогичных системе Анонимных алкоголиков; тем самым в сердцевине метода заложено не только вынужденное воздержание от алкоголя, но и свободное духовное восстановление. Таким образом, метод эмоционально-эстетической психотерапии затрагивает еще и духовную сущность пациентов, обращая их внимание на необходимость служения добру, любви и красоте в широком понимании слова и всемерного развития в себе этих качеств как антипода зла, несправедливости и насилия, процветанию которых, безусловно, благоприятствует пьянство и ими же провоцируется. В описании отдельных элементов метода и их толковании пациентам используется метафорически терминология церковной практики: паломничество, пост, исповедь. Этот прием несет не эстетическую функцию, а достаточно прагматическую: продемонстрировать взаимосвязь церковной жизни с кризисной повседневностью. Для многих пациентов лечение начинается со своеобразного паломничества. Узнав об «эффективном исцелении», как правило, от своих знакомых, прошедших лечение, больные из различных районов города и области, а также других городов страны отправляются в центральное лечебное учреждение, практикующее метод эмоционально-эстетической психотерапии, — Международный институт резервных возможностей человека. Предпринятая поездка уже связана с ожиданием чуда. В неосложненных случаях лечение начинается с подробной беседы (исповеди) с врачом-психотерапевтом, которая при действительном желании лечиться завершается прохождением медицинской комиссии. Здесь же пациенту предписывается обязательное двухнедельное воздержание (пост) от алкоголя до самого сеанса. Все эти этапы (паломничество, исповедь, пост) подготавливают пациента к нравственному восприятию самого сеанса. При сложных и тяжелых формах заболевания у отдельных пациентов в подготовку к лечению включаются индивидуальные и групповые психотерапевты, психологи и (при необходимости) психиатры, психофармакологи. Усложняется, углубляется и удлиняется процесс лечения. Во всех случаях серьезная предварительная перестройка системы отношений пациентов осуществляется в условиях семьи и производства.

Несмотря на непродолжительность (6-8 часов) собственно сеанса массовой эмоционально-эстетической психотерапии, структура отдельных элементов достаточно сложна.

Первый этап — сбор пациентов, приходящих на лечение вместе с членами своей семьи, стресс ожидания. В окружении множества самых разных, но трезвых и настроенных на лечение людей пациента охватывает чувство ожидания, значимости и торжественности самого сеанса (часть пациентов ранее уже лечилась этим методом от алкоголизма, и они пришли с целью закрепить результаты или избавиться от привычки к курению). Именно здесь больной еще острее начинает осознавать всю важность и ответственность добровольно принимаемого решения лечиться.

Второй этап — беседа руководителя сеанса, врача-психотерапевта, построенная в традициях *рациональной психотерапии*. Она постепенно трансформируется в лечебный театр — монолог «одного актера» делает проводящего беседу врача центром притяжения мыслей всех присутствующих, заставляет каждого как бы забыть обо всем вокруг, почувствовать себя «наедине» с психотерапевтом. У пациентов просыпается желание нравственного очищения. Постепенно монолог психотерапевта переходит в живую дискуссию с аудиторией, звучат вопросы и ответы, демонстрируются возможности суггестии, саморегуляции и *самовнушения* за счет мобилизации резервов психики самих пациентов, что «материализует» слова врача, придает каждому значимость и делает каждого преимущественным объектом всеобщего внимания. Беседа и демонстрация возможностей саморегуляции длятся не менее 2

часов.

Третий этап — проповедь священника, завершающаяся антиалкогольным молебном и клятвой самих пациентов перед Богом не принимать никаких спиртных напитков (по источникам Санкт-Петербургского Александра Невского общества трезвости). Продолжительность этого этапа около 1 часа. Все врачи-психотерапевты, принимающие участие в сеансе, становятся на сцене позади священника.

Четвертый этап — выход ведущего сеанс психотерапевта и проведение специально направленной суггестии (сокращенная формула *внушения* А. Р. Довженко в смягченном — безимперативном варианте). Этот этап в данной модификации длится около часа. Присутствие родственников и посторонних лиц исключается. Больной остается в среде одержимых пьянством людей, сливающихся воедино в порыве исцеления, стремящихся к взаимодействию с психотерапевтом, ритуальные слова которого как бы избирательно предназначены лично для каждого и для всех вместе. Это этап довольно жесткого, императивного, эмоционально-стрессового воздействия, порой переходящего в суггестию.

Пятый, последний этап, проводимый врачами-ассистентами, аналогичен инициации, или посвящению. Это ритуал-процедура индивидуального, специально построенного психотерапевтического воздействия в виде закрепления «зарока», свободного волеизъявления пациента на трезвенническую жизнь; на прием каждого пациента уходит от 2 до 5 минут. Здесь массовое воздействие окончательно трансформируется в сугубо интимное, индивидуальное, общая суггестия закрепляется комплексом вербально-сенсорных воздействий. До начала этого этапа пациенты еще могут уйти с сеанса, они не вносили плату за лечение. Только после индивидуального закрепления «зарок» вступает в силу. Каждый пациент сам определяет срок, на который он решился воздержаться от алкоголя, этим еще раз подчеркивается добровольность и свобода выбора, причем за больным остается право снятия запрета на употребление алкоголя по первому желанию.

Процедура индивидуального воздействия на пациента включает в себя комплексное резкое одновременное раздражение чувствительных черепно-мозговых нервов, имеющих, как известно, ядра в стволе головного мозга. В момент афферентной атаки на ствол мозга клинически наблюдается резкое изменение эмоционального состояния вплоть до сужения сознания с последующей кратковременной амнезией. В состоянии измененного сознания формируется «доминанта трезвости». Воздействие производится частично через зрительный нерв — первоначальная фиксация взора пациента на переносице врача; через первую ветвь тройничного нерва, путем энергичного механического раздражения ее в области супраорбитального отверстия; через систему тройничного нерва и через его ветвь — нерв Арнольди приводит к иррадиации возбуждения на области иннервации блуждающего нерва вследствие надавливания на глазные яблоки; через восьмую пару черепно-мозговых нервов — слуховое отверстие с помощью как эмоционально насыщенных звуков, так и формулы запрета, произносимой в предельно быстром темпе. Применение хлорэтила, используемого в методе А. Р. Довженко, исключается.

Лечебное действие метода М. э.-э. п. а. Г. определяется интегративным психотерапевтическим эффектом различных факторов, в том числе используемых в современных психотерапевтических направлениях. Это приемы суггестии — прямой и косвенной (опосредованной), групповой гипносуггестии; рациональной психотерапии, *игровой психотерапии*; *имаготерапии*; *музыкотерапии*; *психодрамы*; эмоционально-стрессовой психотерапии; *поведенческой психотерапии*; *катарсической психотерапии*; ритуальной театрализации, эстетики, паузы, жеста и мелодии на ритуально-суггестивном этапе психотерапии. Ритуальные составляющие метода создают особый, экстатический эмоционально-психологический настрой, делают более тесным контакт врача с аудиторией. Имеет значение также собственная вера в духовное возрождение, потенцирующая психотерапевтическое воздействие.

Подобно другим методам лечения алкоголизма данный метод менее эффективен при злокачественном течении алкогольной болезни как у некоторых групп пациентов (у молодых людей, у женщин), так и в случаях тяжелого повреждающего воздействия заболевания на личность (психопатизация, сопровождающаяся антиобщественными действиями; выраженность алкогольной анозогнозии, изменение личности в виде пассивности), что препятствует формированию механизмов психологической саморегуляции. Следует осторожно относиться к перенесенным алкогольным

психозам. Если типично протекающий алкогольный делирий (белая горячка) не грозит осложнениями в период после проведения лечения, то алкогольные галлюцинозы и параноиды предупреждают о возможности развития бреда по отношению к личности психотерапевта и к самому методу. Признаки синдрома психического автоматизма, онейроидный тип галлюцинаторных переживаний, наличие двойной ориентировки, пассивно-созерцательный тип их восприятия прогностически неблагоприятны.

**МЕДИАТОРНАЯ (ОПОСРЕДОВАННАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ ГАРДНЕРА** (training of psychotherapeutic mediators, mediators training). Предложена Гарднером (Gardner J. M.) в 1973 г.

Психотерапевт использует для осуществления лечебных мероприятий другое лицо (нередко родителей, супруга или родственника). При подборе медиатора учитываются предпочтения пациента. Подготовка медиатора сочетает изложение ему теории психотерапии с практическими занятиями (разбор примеров, просмотр и анализ видеозаписей, заполнение протоколов наблюдений, обсуждение возможных путей решения проблем). К проведению конкретных психотерапевтических мероприятий медиатора готовят с помощью ролевой игры. Диагностика, планирование психотерапевтического процесса, а также оценка его успешности осуществляются психотерапевтом.

Опыт применения метода (Graziano A. M., 1977; Atkenson B. M., Forhand R., 1979; Duriak J. A., 1979) показал его эффективность при широком круге нарушений (бронхиальная астма, нарушения аппетита, энурез, саморазрушающее поведение, детская шизофрения, аутизм, агрессивность, негативизм, делинквентность).

Противопоказания связаны прежде всего с личностью медиатора. Чем более эмоционально он вовлечен в проблему, тем эти противопоказания значительнее.

**МЕДИТАЦИЯ.** Происходит от латинского *meditor* (размышляю, обдумываю); страдательное причастие от этого глагола *meditari* означает «движимый к центру». По-видимому, многозначность латинского слова и предопределила закрепление этого термина в психотерапевтической и религиозной литературе за понятием М. Существует много определений М., но поскольку все они описывают процесс, принятый в той или иной духовной практике, то ни одно из них не может быть в достаточной мере универсальным. При описании процесса важен контекст, с которым он соотносится, т. е. конкретизация, из какой историко-культурной традиции использован психотехнический прием или метод, а также какая мера качества ему свойственна в отрыве от этой традиции, ибо каждая из них при любой степени секуляризации сохраняет опыт и внутренние связи религиозной прагматики. М. имеет определенную целенаправленность, известную, согласно йогической терминологии, из плодов М., а ее этапность связана с достигаемыми изменениями: в организме как психофизической целостности, в сознании как регуляторе установки мировосприятия, а также в сопутствующей ей реактивности как позиционному самоопределению к происходящему во вне и внутри себя.

Исторически понятие медитативного процесса связано с пассивно-наблюдательными тенденциями, культивируемыми на Востоке, имеющими корни в индотибетском и индокитайском ареалах (в таких религиозных и этических направлениях, как индуизм, даосизм, различные формы буддизма и *йоги*) и, в незначительной степени с прикладным характером, в Средиземноморском ареале (в доктринальных авраамитских религиях, известных как религии Откровения). М. является приемом и методом различного мистико-аскетического опыта и связана с особой организацией внимания (концентрацией) на некоторых стимулах, природа которых и отношение к ним определяет желаемые цели и само качество достигаемых состояний. Теоцентризм (Богообщение и обожение) и просветление (освобождение, нирвана) — разнонаправленные векторы медитативной концентрации. Психотерапия частично ассимилировала для своих целей психофизиологические упражнения восточной (индуистской, буддийской, даосийской) традиции, интерпретируя как психотерапевтическую технику составные части духовной практики (сакрального пути) его основателей и последователей. Медитативный тренинг не обладает однозначными характеристиками результатов, а находится в зависимости от культурно-исторических факторов, от духовных уровня и ориентации практикующего М., поскольку концептуально методика неотделима от своих философско-религиозных истоков. Восхождение по качественно-возрастающим ступеням М. от направленности внимания через концентрацию ума до финального освобождения должно стать образом жизни, в то время как М. в терапии — это серия процедур или упражнений, вектор которых имеет направленность, но ограничен в протяженности (автономно функционирующий фрагмент системы).

Во многих религиозных культурах подготовка к М. составляет существенную часть пути прохождения М. Так называемые плоды М., изложенные индуистским мудрецом Патанджали в «Йога сутрах» («Афоризмы Йоги»), не являются целью терапевтического использования медитативных упражнений, но они показывают весь спектр медитативных возможностей, граничащих с магией и экстрасенсорикой. Непрерывно следующими друг за другом концентрацией (дхарана), М. (дхьяна) и созерцанием (самадхи) достигается фиксация разума на одной мысли или предмете. Реализация этих 3 совершенных способностей называется саньямой, психологическая сущность и плоды которой — знание прошлого и будущего, понимание голосов животных, знание предыдущих воплощений, знание чужой ментальности, невидимость (погруженное состояние), управление чужими чувствами, устранение голода и жажды, способность приобретения дополнительных сил, неподвижность, левитация, видение сверхъестественных существ, всеведение, постижение природы сознания и иные паранормальные достижения. Характер приобретаемых способностей определяется объектом концентрации—М.—сосредоточения.

Запредельный трансперсональный опыт должен гармонизировать с духовным уровнем медитатора, а психотерапевтическое использование иметь предел, ограниченный лечебно-коррекционной целесообразностью. М. как духовная практика функциональна по отношению к высшей цели традиции, в которой она применяется. На пути к этой цели добиваются промежуточных результатов: контроль и управление умом, что приводит к улучшению памяти, внимания; приобретение чувства глубинного спокойствия, психической *релаксации*, улучшение психического функционирования, что ведет к улучшению соматического состояния, излечению от болезней.

Целеполагание классической М. и научной психотерапии различно, но общим для них является возможность и способность развития в человеке того качества, которое помогает процессу адаптации в невротической ситуации дисгармонии, вызванной личными нереализованными потребностями или противоречием со средой. В буддизме это состояние называется «майтри», или «безусловное дружелюбие по отношению к самому себе». Майтри — это особое, ничем не обусловленное дружелюбие, т. е. дружественность к нашему переживанию, — и не потому, что мы действительно наслаждаемся им, ибо на практике оно может быть также неприятным или болезненным, а просто потому, что мы его переживаем. Вместо стараний принудить себя жить так, чтобы сделаться такими, какими, по нашему мнению, мы должны быть, майтри принимает себя безусловно, позволяет себе просто быть человеком. Достижение этого происходит, во-первых, через дисциплинированное внимание, помогающее преодолеть привычный стереотип мышления и соприкоснуться со своим переживанием. Во-вторых, путем создания пространства для возникающих препятствий и чувств, становясь шире их, не поднимаясь над ними. Помимо этого надо смотреть прямо на свою изменчивость и допускать ее, не подстраивая свои переживания под предустановленные образцы, быть открытым для спонтанных прозрений.

Общим признаком медитативных практик является процесс трансформации сознания. Различие их не только в психотехнических приемах, но и в целях, которые условно можно разграничить так: западная традиция занята личностью человека, а восточная — сосредоточена на выходе за пределы личности.

Один из путей реализации М. — это путь концентрации (дхарана), которая является надежной основой для эффективного мышления и М. Дхарана имеет практическое применение как в индуистской йоге, так и в буддийских психотехниках. Она характеризуется достижением однонаправленности, сфокусированности ума. Вуд (Wood E., 1996), систематизатор восточных практик для европейцев, характеризует концентрацию как использование воли для выполнения того, что обычно происходит с нами неосознанно. Участие внимания со стороны выглядит как сужение области внимания, но внутренне это является фокусированием ментальной, умственной силы. В обычном состоянии ум человека отвлекается разнообразными внешними раздражителями и идущими изнутри организма, связанными с нарушениями физического гомеостаза, нереализованными потребностями. Начиная со сосредоточения ума на объекте, разум надо заставлять думать только в выбранном направлении, пресекая блуждания его в потоке возникающих ассоциаций. Внимание уделяется одному только объекту. Для дисциплинирования внимания Вуд, исходя из опыта своих учителей, советует: представлять объект в естественной среде; не сосредоточиваться на мысли об удержании ее на объекте, а просто его видеть;

рассматривать свойства объекта, относящиеся к восприятию зрением, слухом, обонянием; позволять движущемуся объекту двигаться; вспоминать все об объекте, что относится к нему непосредственно, а не ассоциативно; сосредоточение должно быть без напряжения в теле или разуме; при рассеянии напоминать себе о том, чем заняты. Теоретически любой предмет или его качество может стать объектом концентрации, однако характер объекта определенным образом ограничивает глубину достигаемой концентрации. Например, «Вишудхиматта» (буддийское руководство по М.) рекомендует ряд объектов для овладения концентрацией: 10 абстрактных объектов, 5 окрашенных кругов (белого, черного, синего, желтого и красного цвета), первоэлементы (огонь, воздух, вода и земля, ограниченное пространство), 10 вызывающих отвращение предметов, 10 качеств Будды, 4 возвышенных чувства (любовь, добродетель, сострадание, радость при достижении счастья другими), 4 беспредметных созерцания (бесконечного сознания, бесконечного пространства, пространства пустоты, сферы «ни восприятия, ни невосприятия»). Предлагаемые для концентрации объекты должны подбираться индивидуально, в зависимости от особенностей характера и темперамента, доминирующих у человека установок, так, чтобы максимально уменьшить воздействие отвлекающих причин, вторгающихся в сознание.

М. (дхьяна) следует за концентрацией и сама протекает с помощью концентрации. Она характеризуется продолжительным умственным усилием, направленным на объект или мысль; сосредоточением в форме установленного в период концентрации режима воли; собранностью мыслей об объекте. Структура буддийской практики М., или созерцания, имеет 8 уровней, т. е. 8 уровней развертывания сознания. До их описания следует отметить, что философские учения и психотехнические методы считались средством для исцеления определенных аффектов и привязанностей, ложных установок. Выбор метода и объекта связан с психологическим состоянием медитатора и доминирующим источником его страдания (клеши), как, например, невежество (моха), гнев (двеша), страсть (рага), индивидуальное «Я» (асмита), стремление к обладанию (абхиневеша).

Общую характеристику уровней созерцания (дхьяна), изученных в связи с трансперсональным опытом, приведем по Е. Торчинову (1997). Первый уровень предполагает последовательное развитие 5 качеств: мышление, направленное на объект (витарка), аналитическое мышление, овладевающее объектом (вичара), радость, сопровождаемая возрастающей концентрацией (пити), чувство блаженства (сукха) и однонаправленность и одноточечность сознания (экаграта). Наличие этих 5 факторов говорит о вступлении в самадхи, которая описывалась в связи с плодами М.

Второй уровень созерцания достигается через преодоление первого и второго из перечисленных факторов: мышления, направленного на объект, и аналитического мышления. Этим достигается безмятежность, сосредоточенность сознания и чувство радости и блаженства. Третий уровень достигается тогда, когда исчезает чувство радости, заменяясь уравновешенностью и сосредоточенностью. Четвертый уровень характеризуется прекращением переживания блаженства, вместе с которым исчезает и страдание, и сама оппозиция «удовлетворенность—неудовлетворенность». Из четвертого уровня возможен переход в нирвану. Переход к следующим уровням может задержать чаемое освобождение, их практика связана с желанием усовершенствования способности сосредоточения.

Пятый уровень созерцания предполагает выход за пределы всякого восприятия форм и полное успокоение деятельности, сознание развертывается в бесконечном пространстве, достигается чистый опыт. Следующий, шестой, уровень предполагает вывод сознания за пределы пространственности, сознание начинает существовать вне конкретной локализации. Это уровень неограниченного сознания. Седьмой уровень заключается в достижении сферы «отсутствия чего бы то ни было». Это состояние в буддийских текстах не поддается описанию. Восьмой и последний уровень созерцания: достигается сансарическое сознание, и в нем нет «ни восприятия, ни невосприятия».

Эти этапы М. позволяют избавить разум от любых ошибок и противоречий, готовят к новым ментальным опытам и восприятию интуиции.

Концентрация внимания не единственный способ проведения М. Более трудным является путь постигающей мудрости, который начинается с «полноты внимания» (сатипаттхана), продолжается проникновение в суть объектов (vipassana) и завершается нирваной. При «полноте внимания» медитирующий фокусируется на первой фазе восприятия, не позволяя своему уму реагировать на объект

концентрации. Он лишь наблюдает за своими впечатлениями, констатируя только то, что происходит. Если в уме возникают какие-либо суждения, оценки по поводу воспринятого, они не отвергаются, а спокойно принимаются. При «полноте внимания» все, что происходит в каждый момент восприятия, прямо и ясно осознается и принимается без какого-либо *сопротивления*. Достичь «полноты внимания» удастся легче после того, как медитирующий освоил предварительные стадии — концентрации внимания, и приобрел способность к длительной концентрации без комментирования возникающих явлений. В процессе овладения техникой «полноты внимания» мешающие посторонние мысли регистрируются все легче и затихают все быстрее. Наконец наступает момент, когда медитирующий не зависит от них и способен регистрировать без помех каждый момент состояния своего ума. Выделяются 4 вида «полноты внимания» в зависимости от содержания фокуса сосредоточения. Этим фокусом могут стать функции тела, чувства, ментальные состояния и объекты ума. При «полноте внимания» к своему телу медитирующий, чем бы он ни занимался, отмечает каждое мгновение своей физической активности, каждую позу, каждое движение какой-либо части тела. При «полноте внимания» к чувствам он просто отмечает свои чувства, по мере того как они приходят и уходят, независимо от их характера и от того, что их вызвало. При «полноте внимания» к объектам чувств медитирующий регистрирует в сознании источник чувств, независимо от того, чем они вызваны (внутренними или внешними причинами). При «полноте внимания» к ментальным состояниям фокусом становится любая мысль, которая приходит в голову. В процессе работы медитирующий достигает такой стадии, когда «полнота внимания» может существовать сама по себе, без применения особых технических приемов.

Дальнейшие занятия приводят к ряду открытий относительно природы и функционирования ума. Первое из них — это открытие того, что сознание отличается от объекта, который оно воспринимает в каждый конкретный момент времени, и это знание не может быть сформулировано на уровне слов. Может возникнуть понимание того, что отражение объектов в сознании, *осознание* их протекает в соответствии с природой сознания, независимо от чьей-либо воли. Практикующий начинает осмысливать прожитую жизнь как ряд причин, порождающих ряд следствий. Возникает ощущение иллюзии существования самоопределившегося «Я». Медитирующий все яснее видит все поле своего сознания. Оно предстает как непрерывно меняющийся поток, в котором все изменяется и возобновляется каждое мгновение. Происходит освобождение от иллюзии постоянства «Я» и мира.

Конечной целью М. в буддизме является достижение состояния нирваны. В нирване угасают все желания, привязанности, эгоизм, происходит коренная перестройка сознания медитирующего, он освобождается от неправильных побуждений, становится чистым, святым, основа его поведения — доброта, любовь, сострадание.

В психотерапии М. используется для решения более ограниченных задач, таких как снятие нервно-психического напряжения, облегчение осознания психологических проблем. М. позволяет дистанцироваться от актуальной проблемы, отстраненно наблюдать себя и свое поведение в сложной ситуации, в некоторых случаях — понять генез этой ситуации, эмоционально отреагировать ее, изменить отношение к ней и найти новые способы ее решения. Как составная часть М. входит в *аутогенную тренировку* в различных ее модификациях, в технику комплексного применения аутогенной тренировки и *биологической обратной связи*, а также используется при *аутогипнозе* и некоторых других методах психической саморегуляции, в *психосинтезе*.

В психотерапевтических целях применяются сравнительно простые технические приемы М.: концентрация на дыхании, на собственном теле, на позе, на предмете. При овладении ими рекомендуется руководствоваться следующими правилами: 1) М. должна первоначально проводиться в тихом, изолированном от шумов, теплом помещении; 2) М. надо проводить натощак или не раньше чем через 1,5 часа после еды; 3) занятия М. должны быть регулярными, не реже 3-4 раз в неделю, продолжительностью от 15 до 45 минут; ежедневные более короткие занятия предпочтительнее, чем редкие и длительные; 4) М. необходимо проводить с установкой пассивного принятия всего происходящего (предоставить событиям идти своим чередом; критика, анализ, руководство ожиданиями должны быть исключены). При проведении М. используются самые простые позы, не вызывающие напряжения в теле и привычные для занимающегося, например сидя на стуле со спинкой или лежа на спине. На первых этапах обучения предпочтительнее занятия в группах под руководством тренера, владеющего этим методом.



**МЕСМЕР** Франц (Mesmer F. A., 1734-1815). Родился в Австрии. В 1766 г. он был удостоен степени доктора медицины Венского университета за диссертацию «О влиянии звезд и планет как лечебных сил». Еще задолго до М. разрабатывались теории планетарного магнетического флюида (Парацельс, XVI в.), магнетических полей человека (Гельмонт, XVI в.), магнетотерапии (Максвелл, XVII в.). Под влиянием этих концепций М. вывел идею универсального флюида как особой физической субстанции, обладающей, наподобие магнита, особой силой, которую он назвал «животным магнетизмом». М. полагал, что в состоянии магнетического сна или транса некоторые люди могут предвидеть будущее, воспроизводить отдаленное прошлое, действие их органов чувств распространяется на любое расстояние, они способны видеть внутренность собственных тел или тел других людей, распознавать болезни, а также определять средства излечения.

Сущность механизма лечебного магнетизма для М. была наполнена физиологическим, а не психологическим содержанием. В начале своей практики М. с помощью магнита, а впоследствии без него с успехом лечил больных, добиваясь появления у них в состоянии транса «криза» (конвульсий), который, по его представлениям, приводил к более гармоничному распределению «нервного флюида» и тем самым способствовал исцелению.

М. вошел в историю психотерапии благодаря не каким-то научным открытиям, а разработанному им методу лечения. Этот метод индукции и использования транса в терапевтических целях как в групповом, так и в индивидуальном варианте был полностью невербальным. Предложенный М. термин «*раппорт*» означал физический контакт, благодаря которому происходила передача «флюида» от магнетизера к пациенту. В условиях группового сеанса М. использовал различные намагнетизированные им предметы, прикасаясь к которым и друг к другу пациенты составляли цепь, по которой «циркулировал флюид». С этой же целью М. применял стеклянную палочку, которой прикасался к телу пациентов, а также музыкальные инструменты, звучание которых способствовало передаче магнетических волн. При индивидуальном сеансе М. активно использовал различные прикосновения (сдавливание своими коленями коленей пациента, сжатие рук и потирание пальцев, прикосновение и пассы вдоль тела).

Несмотря на критику различными комиссиями ученых теоретического обоснования М. своего метода, интерес в медицине и обществе к магнетизированию сохранялся. Известно, что выступления на эстрадах знаменитых магнетизеров (месмеристов) привлекали внимание ученых и врачей (Бернгейм (Bernheim H.), Брейд (Braid J.), Льебо (Liebault A. A.), Шарко (Charcot J. M. и др.)) к феномену месмеризма, его изучению, что способствовало в XIX в. развитию научных теорий и практических методов гипнотизма.

**МЕТААНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ГРАВЕ.** В 1994 г. была опубликована книга Граве и др. (Grawe K. et al.) «Психотерапия в процессе перемен: от конфессии к профессии», в которой проанализированы результаты исследований эффективности психотерапии, приведенные в литературе. В данной статье использованы материалы анализа этого фундаментального труда Лаутербахом (Lauterbach W., 1994).

Еще 20 лет назад статистические методики сравнения результатов разнообразных исследований эффектов и видов психотерапии были плохо разработаны. Люборски, Зингер (Luborsky L, Singer B., 1975) сравнивали результативность разных видов психотерапии простым числом преимуществ. Статистически достоверных различий в эффективности исследуемых психотерапевтических подходов таким способом авторы не нашли. Их резюме: «Все выигрывают и каждый заслуживает награды» (слова из «Алисы в стране чудес» Л. Кэрролла) — успокоило психотерапевтов всех школ, встревоженных конкуренцией. Неоправданным представляется то, что эта фраза охотно цитируется еще и сегодня, особенно теми школами психотерапии, которые вообще не исследовали методы лечения людей, как будто бы наукой доказано, что все разнообразные психотерапевтические подходы дают однозначные результаты.

С того времени число работ по анализу психотерапевтических методов увеличилось, улучшились способы изучения и статистические приемы сравнения результатов. Что побудило Граве так тщательно анализировать буквально все эмпирические исследования эффектов и эффективности психотерапии? Его беспокоил глубокий разрыв между результатами исследователей психотерапии и ее практикой. Если бы руководители органов здравоохранения знали эти результаты, то увеличили бы число

кабинетов психотерапии, так как применение современных методов психотерапии обходится здравоохранению в 3 раза дешевле, чем лечение без поддержки психотерапией. Психотерапевты же, зная эти результаты, не были бы привязаны только к тем методам, в которые они верят, и применяли бы те из них, которые оптимальны для конкретных пациентов. Почему же ни руководители, ни психотерапевты не знают об этих результатах? Потому, что они доступны только узким специалистам-исследователям: число публикаций огромно, их результаты и научное качество в такой степени разнообразны, что никто до сих пор не брался за их обзор и не мог сделать интегральных выводов из этих данных. Именно это сделал Граве в своей книге.

Граве исследовал 2 вопроса: 1. Каково количество научно-эмпирических исследований различных психотерапевтических подходов в литературе, каков их научный уровень и каковы результаты? 2. Какие психотерапевтические подходы сравнивались и каковы результаты этих сравнений? Граве и его сотрудники собрали все опубликованные до начала 1984 г. исследования с приемлемым научным уровнем (т. е. проводилась серьезная психотерапия и статистическое сравнение групп пациентов); их оказалось 3500. Далее они отобрали те из работ, которые исследовали индивидуальную или *групповую психотерапию*, где было не меньше четырех взрослых больных и в которых эти группы сравнивались с контрольными. Осталось 897 источников; они представляли собой совокупность научно приемлемых исследований психотерапии взрослых пациентов, опубликованных в течение 30 лет. Все гуманистические и психодинамические методы анализировались 153 раза. Чаще всего изучались когнитивно-поведенческие методы — 452 исследования, интерперсональные методы — 63, методы *релаксации* — 66, *аутогенная тренировка* — 14, *гипноз* — 19, *медитация* — 15, эклектические и комплексные подходы — 22 исследования.

Научно-эмпирический уровень всех работ был не просто приемлемым: он дополнительно оценивался авторами почти по тысяче признаков: характер исследования и публикации (место проведения психотерапии; авторы и их специализация); план исследования (изученные факторы; контрольные мероприятия — употребление пересекающихся методов: первая группа лечится первым методом, потом вторым; вторая группа лечится вторым методом, потом первым; состав групп, организация психотерапии — амбулаторная, групповая — и т. д.); пациенты (вид и тяжесть расстройства, мотивация, социальная принадлежность и пр.); психотерапевты (опыт работы с применяемыми психотерапевтическими методами; профессионально-групповая принадлежность — психолог, врач; отношение к исследуемой психотерапии, точное описание применяемых методов); насыщенность информации, необходимой для оценки валидности исследований; насыщенность информации, необходимой для оценки качества измерения параметров — время, способы и источники их измерения и разнообразие.

Анализ проводился по таким параметрам: 1) глобальная оценка успеха, 2) индивидуально-дифференцированная проблематика или симптоматика, 3) общие формулировки проблематики или симптоматики членов групп, 4) остальные параметры самочувствия, 5) изменения в личности и способностях, 6) изменения в межличностных отношениях, 7) изменения в использовании свободного времени, 8) изменения в работе или профессии, 9) изменения в сексуальной сфере, 10) изменения по психофизиологическим параметрам, — с помощью которых оценивались все исследования по следующим факторам: клиническая значимость, валидность исследования, качество информации, осторожность *интерпретации*, разнообразие измеряемых параметров, качество и разнообразие статистической обработки; богатство результатов, значимость их индикации. Основанием для получения результатов оценки психотерапии явились упомянутые 897 публикаций и самые важные (но не все опубликованные) исследования психотерапии до 1993 г. Невозможно описать результаты всех исследований, включенных в метаанализ. Многие методы совсем не исследовались научно приемлемым образом. К ним относятся *аналитическая психология Юнга* (Jung C. G.), *логотерапия*, *нейролингвистическое программирование*, *первичная терапия Янова* (Janov A.), *трансцендентальная медитация* и многие другие. Близки к этим методам и те, которые до сих пор мало и плохо исследовались: *дазайнализ*, *биоэнергетика*, *кататимные образные переживания по Лейнеру* (Leuner H.), *индивидуальная психология Адлера* (Adler A.) и *транзактный анализ*. Не очень убедительны и исследования эффективности *арттерапии*, *хореотерапии* и *музыкотерапии* (однако в настоящее время музыкотерапией интересуются серьезные исследователи, начавшие ее изучать). Все 3 вида терапии не

рекомендуется применять как самостоятельные, а использовать вместе с основной психотерапией. То же самое можно сказать о *прогрессирующей мышечной релаксации Джекобсона* (Jacobson E.), аутогенной тренировке, *психодраме, гипнотерапии и йоге*; эти методы исследовались, но применять их рекомендуется в комплексе с основной психотерапией. *Гештальт-терапия* изучалась только в 7 исследованиях, из которых следует, что она эффективно действует на довольно широкий круг показателей.

Оценка долговременного *психоанализа*. Неудовлетворительную эффективность обычного (т. е. недолговременного) психоаналитического лечения психоаналитики объясняют тем, что требуется несколько сотен или даже больше сессий (3-5 раз в неделю), чтобы достичь необходимых отношений с пациентом для обнаружения психоаналитических причин симптомов, перестройки его личности и позитивного сдвига в симптоматике. В течение 100 лет это утверждение не доказано: самый старый и известный метод психотерапии на приемлемом научном уровне не изучался. Исключение составляет анализ долговременного психоанализа в клинике Меннингера (Menninger K. A.), который, по мнению Граве, оказался самым крупным, тщательным, убедительным и длительным среди других исследований психотерапии и проводился крупнейшими исследователями психоанализа США в естественных условиях. В 1950-х гг. в этой клинике отобрали 22 пациента для группы долговременного психоанализа и 20 пациентов для группы суппортивной психоаналитической психотерапии; контрольной группы не было. До конца лечения ни пациенты, ни психотерапевты не знали о том, что их терапию исследуют. В долговременной группе 15 пациентов регулярно посещали 1017 сессий в течение 6 лет; 2 пациента лечились еще во время окончательного отчета, т. е. спустя 25 лет после начала терапии; 4 пациента прекратили лечение после 16 месяцев и 316 сессий; 1 пациент умер после 7 лет и 1238 сессий. В группе *суппортивной психотерапии* 14 пациентов регулярно лечились, участвуя в 316 сессиях более 4 лет; 2 пациента еще лечились во время окончательного отчета; 5 пациентов прекратили терапию после 2 лет и 202 сессий, у одного из них был суицид. Оказалось, что психоаналитики были склонны включать пациентов с более выраженной симптоматикой в группу суппортивной психотерапии и что в течение раскрывающей психотерапии половина пациентов нуждалась в суппортивной психотерапии вместо раскрывающей.

Терапевтические эффекты раскрывающей, долговременной психотерапии оказались намного хуже, чем были предсказаны психотерапевтами. Спрогнозированные эффекты суппортивной психотерапии были более умеренными — их и достигли. Исследования в клинике Меннингера показали, что долговременным психоанализом достигаются хорошие результаты у 40% пациентов и умеренное улучшение у 20%; хорошие результаты, однако, были получены и другими методами со значительно (в 10-20 раз) меньшими затратами. У 40% пациентов вовсе не наступило улучшения через несколько лет; но лучше констатировать неудачу через 20 сессий, чем через несколько сотен или тысяч. У 11 пациентов улучшения не наблюдалось: 6 из них умерли (по мнению исследователей, суицид связан с психоанализом); у 3 пациентов возник психоз, что связано, по мнению исследователей, с отношениями их к психотерапевту; у 2 пациентов улучшения также не было (без ятрогенных расстройств). Граве резюмирует результаты этих исследований: положительной индикации для долговременного психоанализа нет, а контриндикация есть: у пациентов с более выраженной симптоматикой имеется опасность ятрогенных эффектов.

Лучше исследовались интерперсональные методы, в том числе *интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман* (Klerman G. L., Weissman M. M.). Проведено 10 исследований, которые включали почти 1000 пациентов с депрессией или с нервной булимией. Эта психотерапия является совсем новым подходом, концентрирующимся на межличностных отношениях. Научный уровень исследований, начавшихся лишь десятилетие назад, высок, и результаты терапии достаточно убедительны.

Поведенческие методы терапии семейных пар также часто исследовались (29 работ) и очень успешно применялись; они включают целый ряд поведенческих приемов, в том числе *тренинг взаимодействий* в коммуникации.

Интерперсонально-ориентированный подход *системной семейной психотерапии* (Хейли (Haley J.), Минухин (Minuchin S.), Сатир (Satir V.), Сельвини (Selvini M. и др.)) изучался в 8 исследованиях. Эти методы направлены на анализ отношений между пациентами и близкими и успешно преобразуют их, что часто приводит к уменьшению симптоматики.

Относительно хорошо исследовались и такие психотерапевтические подходы, как *психоаналитическая психотерапия* — 12 работ среднего научного качества, средняя длительность терапии 14 месяцев и 57 сессий; краткосрочный психоанализ — 29 работ хорошего научного качества, средняя длительность психотерапии 14 месяцев и 16 сессий. Краткосрочный психоанализ уменьшал симптоматику у пациентов со слабовыраженными невротическими и личностными расстройствами. Отношения с другими людьми улучшались, но только как результат групповой, а не *индивидуальной психотерапии*. Общее самочувствие улучшилось лишь после окончания длительной психотерапии. Плохо поддаются лечению пациенты со страхами, фобиями и с психосоматическими расстройствами.

*Клиент-центрированная психотерапия Роджерса* (Rogers C. R.) исследовалась в 35 работах хорошего научного качества, где оценивались разнообразные результаты. Средняя продолжительность лечения — 20-33 занятия. Результаты исследований показали, что *разговорная психотерапия* по Роджерсу уменьшает симптоматику, улучшает общее самочувствие и часто — отношения с другими людьми, способствует личностному росту пациентов. Она показана и эффективна при лечении всех невротических расстройств, а также благоприятна для лечения алкоголизма, шизофрении, часто комбинируется с методами *поведенческой психотерапии*. Однако отмечается, что пациенты с социальными страхами и нуждающиеся в указаниях и руководстве хуже поддаются психотерапии по Роджерсу.

Теоретическим, методическим и научно-эмпирическим обоснованием *когнитивно-поведенческой психотерапии* является психология. До 1960-х и 1970-х гг. психология *биохевиоризма* исследовала в основном те психические процессы у человека и животных, которые ученые могли объективно наблюдать: поведение как результат восприятия, *научения*, мотивации, эмоций, развития и социальных факторов. На базе психологии поведения развивались приемы модификации поведения — методы поведенческой психотерапии. Когнитивный перелом в психологии, т. е. изучение не только непосредственно наблюдающихся процессов в 60-х и 70-х гг., стимулировал развитие новых, когнитивных методов лечения. По мнению психодинамических психотерапевтов, когнитивно-поведенческие методы относятся к поддерживающим, а не к раскрывающим методам психотерапии. Они отличаются от гуманистических и психодинамических тем, что при разных расстройствах показаны разные целесообразные методики, которые развивались на основе исследований эффектов и подтверждаются теорией методов. Из-за того что пациенты чаще всего страдают не от одной, а сразу от нескольких проблем, взаимно усиливающих друг друга (например, алкоголизм, дефицит в социальной сфере и депрессия), в их лечении сочетаются разные методики. Методы когнитивно-поведенческой психотерапии развивались в зависимости от результатов эмпирических исследований действующих факторов, эффектов и эффективности, поэтому число таких исследований очень велико — 452 источника. *Систематическая десенсибилизация* исследовалась 56 раз на высоком научном уровне. Специфические страхи, например социальные и сексуальные фобии, очень хорошо поддаются лечению; чем больше пациенты боялись ситуации, тем лучше были терапевтические результаты, в частности у пациентов со страхом перед экзаменами. Пациенты с многообразными страхами — агорафобией, с общим состоянием тревожности и одновременной депрессией поддаются лечению менее успешно. Диапазон эффектов ограничивается симптоматикой страха; по этой причине десенсибилизация часто комбинируется с другими поведенческими методами. Наиболее эффективными при многообразных страхах, включая и панические, являются методики *конфронтации* с ситуациями, которых пациенты боятся; они исследовались 62 раза на отличном научном уровне. Большинство из этих работ клинически очень значимы, валидны; качество и разнообразие информации, параметров, статистической обработки и результатов высокие; они включали катамнезы, конфронтативные методы сравнивались с другими поведенческими приемами. В поведенческой психотерапии существует 3 вида конфронтации: постепенная конфронтация в реальных ситуациях (*in vivo*), усиленная конфронтация в реальных ситуациях (наводнение) и усиленная конфронтация в воображении (имплозия). Конфронтрующие методики в реальных ситуациях (*in vivo*) показаны при фобиях, панических и навязчивых состояниях. Эффективность была очень высокой; лечились пациенты не только с общей и индивидуально сформулированной проблематикой и симптоматикой, т. е. с фобическими и навязчивыми состояниями, но и с проблемами в области работы, досуга и самочувствия. Длительность психотерапии — менее 20 занятий в течение 10 недель, но отдельные занятия длились до тех пор, пока пациент в течение 1,2-2

часов не становился спокойным. Чем выраженнее симптоматика и чем длиннее занятие, тем заметнее и эффекты конфронтации. Конфронтация с ситуациями, которых пациенты боятся, — драматическое переживание, эмоционально затрагивающее не только пациентов, но и психотерапевтов; пациенты, которые согласились на проведение такой терапии под руководством психотерапевта, справедливо чувствуют себя героями. Групповая психотерапия (с 4 пациентами) еще эффективнее, чем индивидуальная. Конфронтация в воображении (имплозия) является менее эффективной. Хотя симптоматика уменьшилась у пациентов большинства групп, только в 60% терапевтических групп эффективность была значительно выше, чем в контрольных группах, а на индивидуально сформулированную проблематику и симптоматику имплозия практически не влияла. Имплозия, как и десенсибилизация, оказывала незначительный эффект при агорафобии, а также при специфических фобиях. При сравнении с другими методами конфронтация в реальности (а не в воображении) имеет преимущества, эффективность ее выше, чем медикаментов (6-блокаторов). Тренинг социальной компетентности совершенствует социальные возможности пациентов в трудных для них ситуациях с помощью разных методик: постепенное улучшение по модели, ролевая игра, дифференцированное *подкрепление*, поведенческие упражнения и др. Эффекты и эффективность тренинга исследовались на высоком научном уровне в 74 работах на материале 3400 пациентов. Лечение проходили пациенты с выраженной неуверенностью в себе и социальными фобиями, а также с другими диагнозами: депрессия, психозы, алкоголизм, срывы или болезненные реакции вследствие тяжелых семейных, профессиональных, социальных переживаний, катастроф, пыток, инвалидности и др. Тренинг часто комбинировали с когнитивными и другими поведенческими методами или с медикаментами. Длительность терапии 6—15 занятий, а в 15 исследованиях — и 40. Эффективность тренинга высокая: во всех группах у пациентов не только значительно возрастала уверенность в себе и преодолевались социальные страхи, но и улучшались отношения в социальной и профессиональной сферах, а также общее самочувствие; в половине групп тренинг привел к значительному уменьшению депрессии, мигрени и сексуальных расстройств. Алкоголизм тренингом социальной компетентности не лечился, однако методика благотворно влияла на межличностные отношения больных алкоголизмом, эффективность повышалась в сочетании с когнитивными методами.

Центральным теоретическим и эмпирически доказанным обоснованием эффективности когнитивных методов является положение, что мысли, *убеждения*, предположения, ожидания (т. е. опасения, надежды) управляют поведением, чувствами и эмоциональным состоянием. Может быть и обратная зависимость. Такими взаимодействиями стабилизируются психические системы. Но если удастся изменить одну сторону взаимодействия, тогда во взаимосвязанных системах другая сторона должна тоже измениться. Этот принцип находит отражение во многих методах поведенческой психотерапии: пациенты под руководством психотерапевта успешно учатся вести себя более уверенно или не бояться сложных для них ситуаций, и в итоге действительно растет чувство уверенности или уменьшается страх в таких ситуациях. *Когнитивная психотерапия по Беку* (Beck A. T.) — ряд методик для лечения депрессии, страхов и расстройств личности. Когнитивная ее часть состоит в том, что обнаруживаются патогенные, т. е. неадекватные, мысли, убеждения, предположения, ожидания, которые предшествуют патологическим (неадекватным) чувствам (депрессии, страху) или поведению. Мысли проявляются разными способами — в разговоре, систематических записях (специальные дневники) мыслей, чувств, поведения, событий, в конфронтации, ролевой игре и др. Патогенные, неадекватные мысли психотерапевт изменяет с помощью *сократовского диалога* и путем сравнения с реальностью, представленной и описанной самим пациентом. Эффективность когнитивной психотерапии по Беку изучалась с 1977 г. в 16 исследованиях на высоком научном уровне и с большим успехом. Терапия длилась от 4 до 24 недель; в 7 исследованиях проводили меньше 10 занятий. Во всех группах все измеренные параметры (симптоматика, личность, общее самочувствие) значительно улучшились и в сравнении с контрольными группами, и включая катамнезы. В 2 из 3 исследований сопоставление когнитивной психотерапии с психоаналитической доказало значительное превосходство первой.

Исследовалась также эффективность психотерапии депрессии по Левинсону (Lewinsohn P. M., 1974). Предполагая наличие порочного круга из пассивности, недостатка положительных, радостных переживаний с давящей, парализующей депрессией, психотерапевт систематически перестраивает,

стимулирует или восстанавливает активность, предприимчивость пациента с помощью различных поведенческих методик. Исследовалась и подтверждалась эффективность психотерапии по Левинсону 17 раз. Число занятий не превышало 16.

Методы релаксации исследовались не только как дополнительные приемы в комплексе с другими, но и как самостоятельные виды лечения. Эффективность гипноза анализировалась в 19 работах на среднем научном уровне. Хорошо поддавались лечению, в сравнении с контрольными группами, пациенты с болями, психосоматическими расстройствами и бессонницей. Улучшение других параметров (например, личностных проблем) наблюдалось редко. Аутогенная тренировка используется в Германии и России чаще, чем прогрессирующая мышечная релаксация Джекобсона, а в США наоборот. Аутогенная тренировка исследовалась в 14 работах на хорошем научном уровне. Ее эффективность оказалась неожиданно небольшой. Уменьшилась симптоматика меньше чем у половины групп пациентов, 6 сравнительных исследований показали, что только в 2 группах лечение проходило успешнее, чем в контрольных, а в 5 из 13 случаев сопоставления с другими релаксационными методиками аутогенная тренировка давала худший симптоматический эффект, чем другие методы, и только 1 раз — лучший.

Граве провел метаанализ результатов 41 исследования, опубликованных до 1991 г., в которых сравнивалась эффективность разных видов психотерапии, проводилось по крайней мере 6 занятий и изучалось 3 параметра эффектов. Оказалось, что сопоставлялись только те методы, которые были хорошо исследованы: клиент-центрированная психотерапия Роджерса, психоанализ, *семейная психотерапия* (системная и поведенческая) и поведенческая психотерапия. Эффективность определялась разными статистическими приемами. Оказалось, что раскрывающие методы психоаналитической и разговорной психотерапии по Роджерсу по степени эффективности не отличаются; мало отличаются по степени эффективности поддерживающие методы семейной и поведенческой психотерапии, а поддерживающие методы лечения гораздо более эффективны, чем раскрывающие. Различия тем значительнее, чем более обширная информация использовалась при статистическом сопоставлении. Метаанализ исследований (с применением специальных статистических процедур) показал, что поведенческие методы почти в 2 раза эффективнее, чем психоаналитическая психотерапия.

Исследования Граве и его сотрудников позволяют сделать некоторые общие выводы. Поведенческие, поддерживающие методы гораздо эффективнее, чем раскрывающие, помогают пациентам преодолеть проблемы. Тренинг социальной компетентности повышает уверенность в себе; конфронтацией преодолеваются фобии и страхи; сексуальная терапия лечит фригидность; гипноз смягчает боли; семейные проблемы преодолеваются системным изменением структуры семьи; восстановлением активности и изменением иррациональных мыслей лечат депрессию; *поведенческий тренинг* помогает больным алкоголизмом усилить *самоконтроль* в ситуации искушения и т. д. Психотерапевт понимает проблемы пациента и активно способствует их преодолению; он не ищет скрытой мотивации и не придает проблемам иных значений, нежели сам пациент, а смотрит на них как на трудности, которые пациент без помощи преодолеть не может. Такой подход сам по себе уже помогает пациенту, но он не объясняет эффективность метода. Психотерапевт должен знать и уметь применять даже в трудных ситуациях специфические методики, успешность которых в преодолении специфических проблем подтверждена. Итак, психотерапия помогает преодолевать проблемы.

Но это только одна сторона психотерапии. Имеются эффективные методы, с помощью которых психотерапевт помогает пациенту не преодолевать проблемы, а лучше понять самого себя, например разговорная психотерапия по Роджерсу.

При работе с каждым новым пациентом необходимо решить, нуждается ли он в преодолении проблемы или в том, чтобы лучше понять себя. Пациентам с хорошим образованием, удачным в жизни чаще всего не нужна помощь в преодолении проблем. Им нужно узнать, почему они ведут себя так, что возникают проблемы. Если такой человек способен понять это, он сможет и решить проблемы. Результаты многих исследований показывают, что психоаналитическая психотерапия более всего пригодна для так называемых YAVIS-пациентов (young, attractive, verbal, intelligent, successful) — молодых, привлекательных, разговорчивых, интеллигентных, успешных, — симптомы которых мало выражены.

Совсем не удивительно, что психотерапевты, которые пытаются лучше понять самих себя, предпочитают раскрывающие методы лечения и отказываются от поведенческих. Также не удивительно, что поведенческие психотерапевты, у которых возникли проблемы, совсем не нуждаются в поведенческой психотерапии, но им необходимо помочь понять самих себя и свои проблемы; если проблемы проявились, эти психотерапевты лучше других способны их разрешить.

Результаты метаанализа показывают, что большинству пациентов нужна помощь в преодолении своих проблем, а не в обнаружении скрытых мотивов. Исследования различных видов психотерапии свидетельствуют о том, что эффективность поведенческих и системных методов выше. Однако многие психотерапевты считают психодинамические и гуманистические методы более подходящими для их работы.

См. также *Оценка эффективности психотерапии*.

**МЕТАМОДЕЛЬ** (греч. meta — после, за, через; первая составная часть сложных слов, обозначающая следование за чем-либо, переход к чему-либо другому, перемену состояния, превращение). Комплекс лингвистических средств для сбора информации, направленных на то, чтобы восстановить связь речи человека и того опыта, который эта речь представляет.

Фундаментальным является понятие о том, что речь — это не опыт, а представление опыта, как карта — представление территории. Человек всегда имеет в своем опыте карту, но карта — не территория. Изменить субъективное переживание человеком мира — значит изменить карту, но не сам мир.

Наиболее подробно использование М. в психотерапии описано Бендлером (Bandler R.) и Гриндером (Grinder J.) в их книге «Структура магии». Поскольку мы не взаимодействуем непосредственно с миром, в котором живем, мы создаем модели, или карты, мира, которые используем для управления своим поведением. Психотерапевту очень важно понимать модель, или карту, мира пациента. Человеческое поведение, каким бы странным оно ни казалось, приобретает смысл, если рассматривать его в контексте выборов, которые предоставляет человеку его карта, или модель. Модель, которую мы создаем, позволяет осмысливать наш собственный опыт. Модели не стоит оценивать с точки зрения того, хороши они или плохи, здоровы или больны или являются «сумасшедшими», их нужно оценивать с точки зрения полезности — полезности в успешном и творческом взаимодействии с миром вокруг нас. Дело не в том, что пациенты совершают неправильный выбор, дело в том, что у них недостаточно возможностей выбора, когда это необходимо. Каждый из нас делает лучший выбор, доступный в рамках нашей модели мира. Однако существует множество слишком скудных моделей, в которых недостает полезных возможностей выбора, что проявляется в избытке межличностных и внутриличностных конфликтов. Возможностей выбора недостает не миру, а модели мира, которая есть у индивида, — считают Бендлер и Гриндер.

Мы создаем свои модели посредством трех универсальных моделирующих процессов: обобщения (генерализации), исключения (стирания) и искажения. Эти процессы позволяют выживать, расти, учиться и воспринимать богатство окружающего нас мира. Но если мы ошибочно принимаем субъективную реальность за реальность, те же процессы ограничивают нас и лишают способности гибко реагировать.

Обобщение — процесс, посредством которого компоненты, или части, модели мира, созданной человеком, отрываются от первоначального переживания и начинают репрезентировать всю категорию, по отношению к которой данное переживание рассматривается как пример. Мы научаемся действовать в мире посредством обобщения. Ребенок научается открывать дверь, поворачивая ручку. Затем он обобщает этот опыт, узнавая множество вариаций этого феномена, которые включаются в набор параметров, связанных для него с дверью, и он пробует открывать их все, поворачивая ручки. Когда человек входит в темную комнату, он протягивает руку, чтобы зажечь свет; ему не нужно учиться новой стратегии, когда он входит в новую комнату. Однако тот же процесс может стать и причиной ограничений. Если человеку однажды не удаются сексуальные действия, которые он пробует совершить, по его мнению, адекватно, он может обобщить свой опыт и решить, что он нехорош в сексе, и тогда он, может быть, во многом будет себе отказывать.

Второй метод, который мы можем использовать как для успешных действий в окружающем мире, так и для ограничения себя, — исключение. Исключение — процесс, посредством которого мы

выборочно обращаем внимание на определенные аспекты нашего опыта и исключаем другие. Это позволяет сконцентрироваться на конкретной части доступного опыта. Так, человек может читать книгу, когда вокруг него люди разговаривают, смотрят телевизор или слушают музыку. Таким путем мы имеем возможность справиться с окружающим и исключить внешние стимулы. И точно так же этот процесс может быть и ограничивающим, если мы исключаем части опыта, которые необходимы для полной и богатой модели мира. Девочка переходного возраста, которая полагает, что с ней плохо обращаются и выводят ее из себя, не видя того, что она сама участвует в этой ситуации, не строит полезной модели мира. Психотерапевт, который исключает из своего опыта признаки скуки во время занятий, ограничивает свой опыт, равно как и опыт пациента.

Третий моделирующий процесс — искажение. Искажение позволяет осуществлять сдвиги в восприятии сенсорных данных. Без этого процесса мы не могли бы строить планы на будущее или превращать мечты в реальность. Мы искажаем представление реальности в фантазиях, в искусстве, даже в науке. Микроскоп, роман или картина — все это примеры нашей способности к искажению и к искаженному представлению о реальности. Мы можем ограничить себя искажениями различным образом. Представьте, например, себе человека, который искажает всякую критику реакцией «меня невозможно любить». В результате такого искажения теряется ценность критики вместе с возможностями изменения и роста.

Поскольку все три универсальных процесса моделирования выражаются в лингвистических паттернах, чтобы работать с ними, когда они ограничивают, а не расширяют возможности выбора для человека, можно использовать набор лингвистических средств, называемых М.

М. создана для того, чтобы научить слушающего обращать внимание на форму коммуникации говорящего. Содержание можно бесконечно варьировать, но форма подачи информации дает слушающему возможность реагировать таким образом, чтобы извлечь из коммуникации весь смысл полностью. С помощью М. можно быстро уловить богатство и ограничения предоставляемой информации, а также процесса моделирования, используемого говорящим. Выслушивание и реагирование в рамках М. дают возможность максимального понимания и *научения* в любой специфической коммуникации.

М. — набор средств для улучшения коммуникации, она предлагает вопросы типа «что?», «как?» или «кто?» в ответ на специфические формы речи говорящего. Использование этих вопросов и реакций — особое искусство. Практикуясь в употреблении М., необходимо обратить специальное внимание на собственные внутренние процессы. Поскольку это формализация интуитивного поведения, реакции М. будут возникать в те моменты, когда нам понадобится опереться на внутренний опыт в понимании коммуникации пациента. Например, если пациент говорит: «Отец наказал меня», чтобы полностью понять, что значит это утверждение, нужно спросить: «Как именно?» Пациент мог быть избит, или отец накричал на него, или сердито посмотрел, или просто игнорировал его. Если мы решаем для себя, что это значит, опираясь на собственный опыт, то движемся в своей модели мира, а не в модели пациента.

М. — набор средств, которые дают возможность оставаться в рамках внешнего сенсорного опыта, получая информацию от пациента. Это удерживает от погружения в себя, опоры на внутренний опыт для понимания. Осваивая М., мы будем задавать вопросы там, где раньше обращались к собственному внутреннему опыту, чтобы уяснить, что имеет в виду пациент. М. помогает вызвать пациента на более ясную коммуникацию, снимает необходимость заполнять пропуски собственной субъективной реальностью. Предположим, что пациент говорит: «Я боюсь толпы». Если мы обратимся внутрь себя и начнем говорить: «О да, страх толпы, да, я знаю, что это такое», мы упустим возможность помочь пациенту более полно осознать собственные переживания. Реакции же, предписываемые М.: «Как вы узнаете, что боитесь толпы?», или «Что именно в толпе пугает вас?», или «Что мешает вам чувствовать себя в толпе хорошо?» — помогают придерживаться опыта пациента, извлекая ответы и новые возможности для роста из его собственных ресурсов. И может быть, эти ресурсы таковы, какими мы сами не располагаем.

Осознание момента, когда мы погружаемся в себя, чтобы понять, что имеет в виду пациент, и замена этого вопросами М. в значительной мере увеличат психотерапевтическую эффективность работы и помогут интеграции М. в наше бессознательное поведение. М. основана на человеческой интуиции, поэтому, тщательно осознавая эту интуицию, мы легко можем освоить М.



**МЕТОД АФФЕКТИВНОЙ КОНТРАТРИБУЦИИ ГРИНЕНКО И КРУПИЦКОГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛИЗМА.** Это оригинальный метод *психоделической психотерапии*, разработанный А. Я. Гриненко, Е. М. Крупицким и др. (1989). Данный метод основывается на способности кетамина вызывать сильные психоделические переживания как личностно окрашенные, так и глобального (трансперсонального) характера. Психотерапия проводится перед, во время, а также после кетаминowego психоделического сеанса. Особенностью психоделической психотерапии по М. а. к. Г. и К. п. л. а. является преимущественно негативная эмоциональная окраска психоделических переживаний, которая, очевидно, может быть объяснена тем, что пациенты в образной, символической форме переживают вытесненные в подсознание основные личностные конфликты и проблемы, которые у больных алкоголизмом во многом связаны именно со злоупотреблением алкоголем и с негативными аспектами алкогольного образа жизни. Такие переживания обуславливают впоследствии особое катарсическое чувство разрешения личностных проблем, а также психологическое неприятие алкогольного образа жизни, твердую установку на трезвость.

В процедуре М. а. к. Г. и К. п. л. а. можно выделить 3 основных этапа. Первый — программирующий. На этом этапе проводится беседа, в ходе которой пациенту говорят, что для снятия патологической зависимости от спиртного во время процедуры у него будет вызвано особое состояние, при котором произойдет глубинное переживание и *осознание* отрицательных сторон и последствий алкоголизма. Подчеркивается, что ранее неосознаваемые, вытесненные из сознания представления о негативных сторонах и последствиях пьянства будут отражены во время процедуры в особой символической форме на уровне чрезвычайно эмоционально насыщенных видений (галлюцинаций). Такое осознание и острое переживание негативных сторон пьянства должны обусловить впоследствии его психологическое неприятие, твердую установку на трезвость.

Второй этап — непосредственно сама процедура, во время которой больному вводят этимизол, а вслед за ним бемеGRID и кетаминсодержащий анестетик для достижения легкого кетаминowego наркоза. БемеGRID потенцирует негативные эмоциональные переживания и видения, а этимизол, являясь «неспецифическим коннектором», способствует прочному запечатлению пережитого в долгосрочной памяти. Далее на фоне эмоциогенной, драматической по характеру музыки проводят психотерапевтические воздействия на больного, находящегося в состоянии легкого кетаминowego наркоза, во время которого определенный *rapпорт* с ним сохраняется. Содержание этих воздействий основано на конкретных данных анамнеза пациента; цель их — формирование у него прочной установки на трезвость. Специфика легкого кетаминowego наркоза позволяет, не ограничиваясь суггестивным монологом врача, осуществлять своеобразный психотерапевтический диалог с пациентом. Кроме того, в моменты наибольшей интенсивности негативных переживаний пациента ему дают ощутить запах и вкус алкоголя.

На третьем этапе проводится сеанс *групповой психотерапии* пациентов (4-5 человек), прошедших накануне процедуру по М. а. к. Г. и К. п. л. а. Больные делятся впечатлениями об испытанных во время процедуры негативных переживаниях и галлюцинациях, обсуждают и интерпретируют с помощью психотерапевта индивидуальное личностное значение их символического содержания. Это обсуждение направлено на соотнесение каждым больным негативных галлюцинаторных переживаний со своими жизненными (прежде всего связанными со злоупотреблением алкоголем) проблемами и тем самым на осознание и закрепление антиалкогольной установки.

При использовании метода можно выделить 3 аспекта его терапевтического потенциала. Первый из них, наиболее элементарный, касается установления ассоциативной связи между органолептическими характеристиками алкоголя (запах, вкус) и различными негативными переживаниями во время процедуры (от внушенных тошнотворных ощущений до сопровождаемых галлюцинациями страха и ужаса). Второй аспект механизмов реализации терапевтического потенциала метода касается определенного содержательного сходства сеанса контратрибуции с индивидуальным сеансом *гипнотерапии*, направленной на разрушение алкогольной установки личности, причем сила суггестивного психотерапевтического воздействия М. а. к. Г. и К. п. л. а. существенно выше, чем гипнотерапии. Третий аспект лечебного действия, в отличие от первых двух, связан с активным психологическим включением самого больного в психотерапевтический процесс. Это активное

включение касается в основном первого (программирующего) и завершающего этапов лечения и состоит в формировании и реализации у больного определенной установки на рефлекссию и осмысление переживаний во время самой процедуры. В соответствии с этой установкой переживания и видения являются концентрированным символическим воплощением негативных сторон алкогольной болезни пациента и ее различных последствий.

Психоделическая терапия по М. а. к. Г. и К. п. л. а. фармакологически вооружает психотерапевта и дает ему возможность работать непосредственно с глубинными уровнями психики, позволяет справиться с рядом проблем, неразрешимых как в случае индивидуальной, так и в случае групповой психотерапии, традиционно применяемых в наркологии.

**МЕТОД ВЕРБАЛЬНОЙ МИФОЛОГИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ.** Основан на суггестивной лингвистике (разделе психолингвистики), разработан И. Ю. Черепановой (1987-1998 гг.). Представляет собой лингвистический обучающий *тренинг*, проводящийся в малой группе. Участники тренинга получают системные знания о специфике языкового общения, основных закономерностях языковых явлений, практические навыки по анализу текстов и их созданию (под текстами в этом методе понимаются жалобы пациентов, история возникновения заболевания, жизнеописание, описание психологической проблемы, представлений о болезни, страдании, протокол беседы врача и пр.). Суть М. в. м. л. заключается в создании для человека, проходящего тренинг, специального текста («личного мифа») на основании автобиографического рассказа, в котором в метафорической форме отражены основные этапы жизненного пути, планы на будущее, психологические проблемы и способы их разрешения. При создании личного мифа используется взгляд на личную историю через призму мифологического сознания, применяются все известные литературные приемы и методы (метафора, гипербола, героический эпос, сказание, сказка, киносценарий). Предполагается, что специальные лингвистические процедуры, целенаправленное использование ресурсов родного языка, активизация пассивного лексического запаса на фоне автобиографической работы повлияют на психологические и личностные механизмы пациента. Человек по своей природе уникален и стремится (не всегда осознанно) воплотить свое предназначение в жизни. Постоянный творческий поиск, раскрытие своей индивидуальности, самовыражение — это то, что делает его полноценным и здоровым членом общества.

Применение М. в. м. л. как формы группового взаимодействия при решении личных проблем и лечении неврозов представляет интерес по следующим причинам:

1. В процессе написания текста индивидуального мифа актуализируются личные проблемы. Специфика работы группы, в которой отсутствует открытая *конфронтация*, совместная творческая работа над мифом участников группы облегчают процессы самораскрытия.

2. Во время работы над созданием собственного индивидуального мифа и мифов других участников группы происходит анализ жизненного пути и системы отношений, переоценка ценностей и смыслов. *Обратная связь* и *эмоциональная поддержка*, а также другие явления группового процесса актуализируют лечебные факторы терапевтической группы, оказывают влияние на психологические механизмы, способствующие возникновению личностной проблематики, и способствуют раскрытию психологических факторов патогенеза невротических расстройств.

3. Группа вербальной мифологизации личности является коммуникативным и одновременно лингвистическим тренингом, участие в ней стимулирует творческий подход к жизни. У членов группы повышается способность к символизации, пониманию и описанию собственных чувств, что может снизить уровень алекситимии, которая рассматривается в последнее время как существенный фактор в возникновении невротических и психосоматических расстройств.

Методика проведения группы вербальной мифологизации личности включает в себя следующие элементы. Занятие проводится в «закрытой» группе, гомогенной в этиопатогенетическом отношении и гетерогенной по полу, возрасту, форме невротического расстройства или типам психологической проблематики. Количество пациентов в группе от 5 до 8 человек. Занятия проводятся через день. Их продолжительность — 3-4 часа; общая продолжительность работы группы составляет 1-1,5 месяца.

Первое занятие — знакомство друг с другом, определяется цель, формулируются задачи и правила работы группы. Целью является проработка психологической проблематики, выздоровление. В качестве способов достижения цели предлагается переосмысление жизненного пути, анализ своего

актуального состояния, активизация творческого потенциала личности и пассивного лексического запаса, совершенствование коммуникативных способностей, создание личных мифов для всех участников группы. Нормы группы, условия лечения такие же, как при *групповой психотерапии*. На вводном занятии ведущий рассказывает о специфике метода, лингвистике, мифологии, предлагает участникам группы высказаться по темам «здоровье—болезнь», «причины болезни», «судьба».

Со следующего занятия начинается работа с первым участником группы. Строится она следующим образом. Участнику предлагается занять специально выделенное место и рассказать о своей жизни с подробным описанием наиболее значительных, ярких, запомнившихся событий, особо останавливаясь на поворотных моментах жизненного пути. Затем следует фокусированное обсуждение биографии. Другие участники группы задают вопросы, отмечают особенности использования языка, ключевые слова в речи, другие лингвистические особенности. Ведущие стимулируют интерес группы к представленному рассказу. Цель этого этапа — достижение понимания участниками группы представлений о мире члена группы, освоение его языка. Далее следует «лингвистический блок» — группа подбирает метафорическое имя лицу, работающему над своей проблемой, и затем помогает ему в создании личного мифа. После утверждения метафорического имени перед группой ставится задача помочь в создании личного мифа. Под личным мифом понимается текст, продукт коллективного творчества группы, в котором отражены основные моменты биографии пациента, возникновение проблемы, ее развитие, метафорический выход из проблематики, саногенетическая стратегия на будущее. Перед составлением текста работающий участник высказывает свои пожелания: что нужно обязательно отразить в мифе из прошлого и настоящего, чего он хочет достичь в будущем и какими путями, в каком жанре будет написан личный миф (сказание, сказка, эпическая новелла, повествование, стихотворение, молитва, газетная заметка и т. д.). Личный миф составляется совместными усилиями всей группы. Участники группы предлагают варианты сюжета или бессюжетное описание, варианты словосочетаний, фраз, метафор и т. д. Из всего тезауруса слов и предложений записываются те, которые наиболее созвучны объекту мифотворчества. Иногда во время дискуссии группа убеждает принять свой вариант или изменить уже ранее принятый. В тексте личного мифа отражаются реальные факты прошлого и настоящего, желаемое будущее, при этом используются разнообразные литературные приемы (метафора, гипербола, аллегория, олицетворение, эпитеты, антитеза, синонимы). В ходе написания текста продолжается процесс самопознания личности с получением *обратной связи* и эмоциональной поддержки, но уже опосредованно — через текстообразование.

После завершения создания текста личного мифа происходит смена участника группы, и процедура повторяется (группа работает с одним мифом в среднем 2—4 занятия). Ведущий осуществляет руководство группой путем своеобразной «режиссуры» группового творчества, попеременно использует разные стили ведения группы: активный руководитель, эксперт, посредник, равноправный участник. Группа заканчивает свою работу, когда каждому участнику создан окончательный вариант личного мифа. Далее предлагаются следующие варианты работы с текстами личных мифов (обычно все одновременно): вживание в образ, самостоятельное создание различных текстов на основании концептуальной канвы мифа, ведение дневника «Миф на каждый день», работа с образами и символами, содержащимися в тексте мифа. В следующем году группа собирается трижды — через 3, 6 и 12 месяцев. Цель этих встреч — обратная связь и дальнейшая работа с текстами, их утилизация (использование элементов личного мифа при решении проблем и задач личностного роста) и трансформация (изменение текста мифа в соответствии с изменением жизненных обстоятельств, ценностей и установок личности).

Предложенный метод применяется при лечении невротических расстройств (Кылов А. В., 1997-1999); кроме того, он позволил сформулировать и использовать более общие принципы психолингвистики в психотерапии (Быков С. И., Григорьевских В. С., 1998; Быков С. А., 1999).

См. также *Лингвистический подход в психотерапии*.

**МЕТОД ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.** Метод — Integrated Psychological Therapy (IPT) разработан группой ученых в психиатрическом госпитале г. Берна (Швейцария) в начале 1990-х гг. Наиболее крупный вклад в его создание внесли Бреннер (Brenner H.), Родер (Roder V.), Ходель (Hodel B.), Бёкер (Boker W.). Основной целью метода является коррекция дефицита переработки внутренних и внешних информационных

стимулов в соответствии с объективной реальностью. Авторы исходят при этом из результатов исследований последних лет, продемонстрировавших, что эти нарушения являются центральным механизмом, обуславливающим социальную дезадаптацию больных шизофренией вне острых психотических эпизодов и способствующим возникновению рецидивов. Ключ к успеху метода, с точки зрения авторов, — комплексное, системное воздействие на все когнитивные навыки, от которых зависит успешное приспособительное поведение больных. Программа терапии включает тренировку когнитивных навыков в следующих пяти блоках: когнитивная дифференцировка, социальная перцепция, вербальная коммуникация, социальная компетенция и межличностное проблемно-решающее поведение. Тренировка проводится по четко дифференцированным мишеням—проявлениям когнитивного дефицита в каждом из блоков; задания, получаемые при этом больными, градуированы по степени возрастания сложности. Психотерапия проводится в условиях группы, что для больных шизофренией является неперменной ситуацией лечебного воздействия; психотерапевт всегда работает вместе с *котерапевтом*.

Исследование результативности первоначального варианта программы ИРТ показало, что безусловно регистрируемое улучшение когнитивного функционирования больных, прошедших лечение, далеко не во всех случаях сопровождается повышением уровня социального приспособления. Это побудило авторов к дальнейшему развитию метода в сторону большей индивидуализации программы, поскольку стандартный набор мишеней психотерапии мог не всегда соответствовать нуждам отдельного больного. Более поздние модификации метода включают тренировку дифференцированного распознавания эмоций, выявления индивидуально-типических взаимосвязей эмоциональных состояний с вызывающими их факторами социального стресса, что делает коррекцию проблемно-решающего поведения более прицельной. При этом авторы исходят из того, что исключительно когнитивно-поведенческие приемы далеко не всегда оказываются достаточными для коррекции приспособительного поведения, и это заставляет прибегать к приемам *психоаналитической психотерапии* в случаях необходимости коррекции неосознаваемых механизмов личностной защиты.

Метод привлек к себе интерес практического здравоохранения в связи с тем, что авторами показана его экономическая эффективность. Комплексность лечебного подхода и одновременная возможность адаптации программы к индивидуальным потребностям пациента позволяют при использовании ИРТ добиться существенного уменьшения частоты рецидивов у больных шизофренией.

**МЕТОД КРИСТАЛЛИЗАЦИИ ПРОБЛЕМ МАКАРОВА.** По данным В. В. Макарова (1993), более чем у половины пациентов первоначально заявленная проблема в ходе психотерапии трансформируется. Более того, пациент часто выражает разочарование в связи с тем, что проблема, разрешенная в процессе психотерапевтической работы, уже не является для него важной, тогда как истинно важная проблема осталась незатронутой. Это вызвано тем, что пациент зачастую лишен возможности правильно сформулировать свою проблему. Неразрешенные проблемы искажают восприятие и мышление человека, подавляют его, заполняют сознание, связывают энергию. То, что человек думает о проблеме, зачастую важнее самой проблемы. Проблема особенно актуальна, когда она не сформулирована при помощи слов. Вместе с тем словами в полной мере нельзя точно выразить чувства, мысли, прошлый опыт человека.

М. к. п. М. эклектичен. Он заимствует в других методиках все лучшее, что пригодно для данного метода, объединяя возможности многих концепций, техник, подходов. М. к. п. М. относится к кратковременной психотерапии, когда на одного пациента затрачивается не более 1,5-3 часов рабочего времени. При использовании данного метода необходимо учитывать не только непосредственный результат, но и отсроченную динамику, которая чаще имеет положительный характер и выявляется у пациентов на протяжении года и более после проведения терапии.

М. к. п. М. применяется как в групповой, так и в *индивидуальной психотерапии*. В первом случае группа малоструктурирована. Используются лишь те стандарты группы, которые предлагают сами участники в процессе работы. Формируется групповая сплоченность, условия для откровенного и доверительного общения. Обычно используется вариант двух кругов. Участники первого (внутреннего) круга активно работают, заявляя свои проблемы. Участники второго (наружного) круга в течение групповой встречи пассивны и разрешают свои проблемы, проецируя их на заявленные из первого круга. Основная функция второго круга — *обратная связь*, как бы уравнивающая порывы

участников первого круга, сдерживающая их от неконструктивной активности.

Описываемый метод — это вербальная психотерапия, использующая основные приемы психотерапевтического воздействия: слушание, молчание, постановка вопросов, отражение чувств, присоединение, *интерпретация*, обобщение, структурирование. Перечисленные методики получили широкое распространение в психотерапии.

Имеются также специальные приемы, предложенные для данного метода. К ним относится прием упрощения проблемы, когда психотерапевт побуждает пациента взглянуть на свою проблему максимально просто, отказаться от всего необязательного для нее, выделить самое ее ядро. Тогда проблема представляется уже не столь важной и сложной.

Прием отделения проблемы от личности сводится к тому, что психотерапевт стремится подвести пациента к пониманию того, что заявленная проблема представляется случайной или, по крайней мере, чужеродной для пациента. Избавление от нее не поведет к каким-либо потерям.

Прием доведения проблемы до абсурда направлен на то, чтобы показать проблему как нелепую, смешную. Если удастся вызвать смех, шутки пациента в адрес его же проблемы, тогда разрешается или, по крайней мере, сглаживается ее острота.

Во время процедуры доведения проблемы до ее завершения проблема проигрывается в воображении пациента, создаваемые ею ситуации доводятся до конца. Здесь пациент зачастую убеждается в отсутствии brutальных последствий в результате завершения ситуаций, обусловленных проблемой, а значит, и в необоснованности своих опасений и страхов. Кроме того, проигрывая в воображении различные варианты разрешения проблемы, возможно по несколько раз, пациент убеждается, что его страхи значительно преувеличивают саму проблему, которая уже не представляется столь значимой.

Прием сведения проблем к внутриличностным обусловлен тем, что пациенты свою неуспешность часто связывают с внешними обстоятельствами. Это позволяет снимать ответственность с себя и оставаться пассивным в решении проблемы. Когда в группе проблема начинает рассматриваться как внутриличностная, пациент уже не может оставаться пассивным. Второй вариант этого приема состоит в том, что пациент начинает активно отторгать данную проблему, сопротивляясь рассмотрению ее как внутриличностной. Тем самым проблема подвергается определенной динамике, способствующей ее трансформации и разрешению.

Прием разрушения апперцепции основывается на том, что люди постоянно поступают согласно прежнему опыту, часто бездумно, по шаблону. Чем лучше обучаемость человека, тем быстрее образуются шаблоны поведения. Живущие прошлым опытом упускают многие возможности в нашем бурно изменяющемся мире. Если приостановить апперцепцию, человек вновь начинает видеть, слышать, чувствовать. При этом резко возрастает уровень получаемой информации, изменяется картина мира.

Прием работы с амбивалентностью связан с тем, что все актуальные психические состояния, эмоции, желания амбивалентны, т. е. всегда, хотя бы в минимальном объеме, содержат свою противоположность. Так, в переживаниях любви всегда можно обнаружить следы ненависти, в торжестве — разочарование. Активация противоположного психического состояния, эмоции или желания во время психотерапевтической работы приводит к динамике проблемы вплоть до ее разрешения.

В М. к. п. М. важным является работа в пределах, а еще лучше — на пределе возможностей личностного роста, когда приобретаемые пациентом знания и умения могут реализоваться в поведенческих моделях. У многих пациентов выявляются близкие проблемы. В числе наиболее часто выявляемых можно назвать: проблемы выбора, ответственности, проблемы контроля внешнего и внутреннего, вины, тупика, отсутствия перспективы, проблемы потери цели, доверия к себе, доверия к другим.

Большинство проблем во время психотерапевтического процесса можно свести к нескольким основным, глубинным, и, скорее всего, все они могут сводиться к экзистенциальным. Поэтому ряд психотерапевтов достигает мастерства в сведении любой проблемы пациента к одной из своих «излюбленных» и работает с этой проблемой (проблемы вины, конфликта, ранней травмы, низкой самооценки).

М. к. п. М. все проблемы подразделяет на три уровня, распределяет их в трех слоях: поверхностном слое повседневных, обыденных проблем; глубоком слое личностно важных проблем, главных на некотором этапе жизни; и в слое экзистенциальных проблем, важнейших на всех этапах жизни. Изучение глубин личности, данных о семье, раннем развитии не является самоцелью, а проводится в том объеме, который необходим для разрешения заявленной пациентом проблемы. Автор выделяет пять уровней кристаллизации проблемы: 0 — проблема остается без изменений, эффекта нет; I — проблема вербализуется, становится ясной; II — проблема вербализуется, превращается в задачу, которая нуждается в разрешении; III — проблема вербализуется и разрешается; IV — обнаруживается общий подход к разрешению проблем такого уровня. Когда проблема вербализуется и становится ясной — это начальный результат. Важно сформулировать проблему таким образом, чтобы она трансформировалась в задачу, чтобы знания могли реализовываться в поведении, а человек получил заряд энергии для деятельности и свершений; энергия же, затрачиваемая на сдерживание себя, на ограничение активности, переключается на позитивную деятельность. Кристаллизация проблем — это психотерапия с акцентом на позитивном в человеке, направленная на поиск ресурсного состояния, к которому пациент сможет возвращаться и избавляться от подавленности, черпать энергию и оптимизм для активной деятельности. Высший уровень кристаллизации предполагает переход от работы с содержанием проблемы (такая терапия может оказаться очень длительной или даже бесконечной) к работе с формой и процессом психогенеза, носящими более общий характер и позволяющими обнаружить общий подход для разрешения сходных проблем данного уровня.

М. к. п. М. может применяться как самостоятельный, единственный метод в лечении пациентов, а также на начальном этапе психотерапии для последующего выбора более адекватных для данного человека психотерапевтических методов. Этот метод используется и для работы с «трудными», длительно болеющими пациентами, неудачно лечившимися с помощью других методик психотерапии.

**МЕТОД МИНИ-ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ.** Первые свидетельства эффективности легких психотерапевтических вмешательств (названных мини-интервенцией) были зафиксированы в 1970-х гг. в Англии. Сравнивалась эффективность «Совета» и «Лечения» в сдерживании неумеренного употребления алкоголя. Оказалось, что катamnестические данные, собранные через год, достоверно статистически не отличались в двух экспериментальных группах 100 мужчин, больных алкоголизмом. Позже было подтверждено, что больные, имеющие сформировавшийся синдром зависимости от алкоголя, получали больше пользы от лечения, чем от консультации, а злоупотребляющие алкоголем справлялись со своими проблемами лучше после минимального психотерапевтического вмешательства, чем после курса лечения. В 1980-е гг. в США, Шотландии, Норвегии, Финляндии были разработаны и изданы справочники собственной помощи (ССП), содержащие практические советы о том, как лучше контролировать употребление спиртного. Было установлено, что использование СПП в большей мере способствовало уменьшению количества выпиваемого спиртного, чем чтение книг о вреде алкоголя. В миниинтервенциях выделяют основные факторы, способствующие уменьшению употребления алкоголя:

- 1) личная *обратная связь* о состоянии и здоровье пациента;
- 2) в доброжелательном и конструктивном духе даются конкретные советы о том, как изменить употребление алкоголя;
- 3) самостоятельность и *самоконтроль* за изменениями.

Обычно человек, имеющий алкогольные проблемы, приходит в профилактический центр при наркологических клиниках и консультируется по поводу вреда от употребления алкоголя. Определяется степень сформированности зависимости от алкоголя, проводятся анализы ферментов печени, пациент обследуется при помощи простых нейропсихологических тестов, чувствительных к вредностям алкогольной интоксикации. Далее психотерапевт проводит оценивание, консультирование и стимулирование пациента к изменениям его образа жизни. Контрольные встречи и самоотчеты пациентов проводятся по мере необходимости с периодичностью, которую устанавливают коллегиально. Метод мини-интервенции наиболее показан для людей, которые физически и душевно здоровы, имеют стабильное социальное положение, злоупотребляли алкоголем недолго, одновременно не употребляют другие психоактивные вещества; сами не считают себя больными алкоголизмом.

Мини-интервенции в наркологии призваны оградить от дорогостоящего лечения

многочисленную категорию пьющих людей, у которых еще не сформировалась зависимость от алкоголя.

**МЕТОД ТЕМЫ ЯДЕРНЫХ КОНФЛИКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ЛЮБОРСКИ.** Оригинальный вариант краткосрочной фокальной психодинамически ориентированной психотерапии (CCRT — The core conflictual relationship theme method), разработан американским психологом Люборски (Luborsky L.) в начале 1990-х гг. Фокусом *психотерапевтического вмешательства* являются эмоционально значимые отношения больного в его референтном окружении. В течение первых нескольких сеансов пациенту предлагается воспроизвести эмоционально окрашенные эпизоды общения с окружающими, наиболее типичные для его социального поведения. В каждом эпизоде психотерапевтом выделяется основной мотив (стремление, желание, потребность), движущий больным в общении, реакция окружающих на этот мотив и ответная реакция пациента. В руководстве по проведению психотерапии приводятся дифференцированные наборы наиболее типичных вариантов мотивов в общении, возможных реакций окружающих и ответного поведения больного. В качестве реакций учитываются как сопутствующие эмоциональные переживания, так и манифестное поведение. Наличие такой дифференцировки позволяет психотерапевту быстро сориентироваться в диагностике типа наиболее существенных для социальной дезадаптации больного конфликтных отношений, который автор называет темой ядерных конфликтных отношений. Идентификация ядерного конфликта предполагает предварительное обучение психотерапевта, чему способствует подробная инструкция, приводимая в руководстве по проведению метода. Воспроизводимость идентификации ядерного конфликта достаточно высока, процент расхождений оценок, выносимых разными экспертами, по данным автора не превышает 16%. В ходе дальнейшей психотерапии больной приучается воспринимать ядерные конфликтные отношения в своей повседневной жизни в соответствии со схемой, использованной при диагностике: мотив — реакция окружающих — реакция пациента, что облегчает ему распознавание основного конфликта. В последующей работе с больным углубляется диагностика механизмов возникновения конфликта. При отсутствии *сопротивления* больного, вызванного действием неосознаваемых защитных механизмов, в психотерапии в большей степени используются когнитивно-поведенческие техники, при наличии сопротивления акцент ставится на психоаналитических приемах. Оба подхода имеют главной целью оптимизацию приспособительного поведения больных. Интересным развитием метода является прием прослеживания причинно-следственной взаимосвязи между эпизодами конфликтных отношений и возникновением индивидуально-типических симптомов у пациента, открывающий дополнительные возможности их декондиционирования. Достоинства метода в существенной мере определяются высоким уровнем объективации фокуса психотерапевтического вмешательства, а также учетом важной роли интерперсональных отношений в формировании конфликта. Сочетанное использование когнитивно-поведенческих и психоаналитических методов отражает новейший этап интеграции различных лечебных стратегий в современной психотерапии.

**МЕТОДИКА ВЫЗВАННОГО ГНЕВА.** Относится к *поведенческой психотерапии*. Использует гнев как реципрокный ингибитор страха и основывается на предположении, что гнев и страх — это эмоции, которые не могут сосуществовать одновременно, так как они активируют различные физиологические структуры.

В ходе освоения реакций, связанных с гневом, агрессией, расширяется диапазон ролевого поведения пациента, поэтому его позиция становится все более активной, появляется возможность выбора реакций (раздражением, агрессией, гневом), помимо страха. Когнитивная переработка подобного более активного поведения способствует переоценке своих возможностей, ожиданий негативных последствий и в результате этого — модификации прежнего стереотипа поведения — реагирования лишь страхом.

Занятие проводится по типу десенсибилизации *in vivo*, но когда пациент начинает чувствовать страх, его просят представить себе, что в этот момент его оскорбили, произошло нечто такое, что вызвало у него сильный гнев (над ним насмеваются и т. п.).

**МЕТОДИКА ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ТРЕНИНГОВОГО ОБУЧЕНИЯ «ТЕПЛЫЕ КЛЮЧИ» ЭЙДЕМИЛЛЕРА И ВОВКА.** Название «Теплые ключи» (занятия проводились в Теплых Ключах около г. Бишкека) отражает соединение процессов непосредственного переживания и понимания в ходе группового *тренинга* на основе резонансного взаимодействия двух попеременно

работающих групп, возникающего в атмосфере взаимной поддержки и доверия, в условиях единого психотерапевтического пространства.

Участники разбиваются на две малые, равные по численности группы. По договоренности работу начинает одна из групп — А, другая — Б — в это время наблюдает за ее действиями, находясь за кругом. Через 1,5-2 часа группы меняются местами и т. д. Таким образом каждый получает возможность последовательно испытать роли участника группы и наблюдателя в рамках единого психотерапевтического процесса. По мнению авторов, терапевтические достижения участников первой группы катализируют более эффективную работу второй группы. Используется правило, по которому группа, работавшая в первый день первой, во второй день работает второй, в третий день — первой и т. д. Подобный взаимный групповой резонанс способствует существенному ускорению процесса *групповой динамики*.

Как тренинговый метод обучения *групповой психотерапии* данный метод позволяет удовлетворить те мотивы, которыми движимы обучающиеся: 1) стремление к профессиональному росту, расширение методического репертуара; 2) стремление к личностному росту, решению своих проблем, обретению уверенности в себе. Соединение этих двух взаимозависимых мотивов в рамках единого тренинга является позитивной стороной данного метода.

Стиль работы психотерапевтов в тренинге характеризуется как гибкий, т. е. в одних эпизодах он ближе к директивному (авторитарному), в других — к демократическому (мягкому). Участники выносят «в круг» свои личностные проблемы, которые, как часто оказывается, значимы и для других членов обеих групп. При работе с индивидуальными проблемами участников используются следующие психотерапевтические приемы: работа с инконгруэнтностями, визуально-кинестетическая диссоциация, диалог частей тела и субличностей, *рефрейминг* перцептивного образа, *психодрама*, в частности психодраматическое проигрывание сновидений, и др. Для сбора информации о проблеме широко используются метамоделирующие вопросы.

Авторы исходят из принципиальной возможности поэтапной интеграции в их методику ряда методов психотерапии: 1) интеракционного метода групповой психотерапии (во всех фазах группового процесса, с усилением во 2-й); 2) невербальных методов (1-я фаза); 3) метамоделирования и терапевтических метафор (во всех фазах, с усилением в 3-й и до конца работы группы); 4) техник *гештальт-терапии*, психодрамы, модифицированных техник *нейролингвистического программирования* (3-я-4-я фазы). В 1-й фазе специально прорабатываются индивидуальные цели участников и определяются способы (на уровне образов и ощущений), которые позволят им в дальнейшем узнать, достигли ли они своих целей.

Механизмом, обуславливающим ускоренный темп созревания *тренинговых групп* и эффективность проработки личностных проблем участников, является психологический резонанс целей, темпов работы, эмоциональных и когнитивных изменений в двух тренинговых группах.

Каждая живая открытая система (организм—личность—семья, малая группа) характеризуется различными периодическими (колебательными) процессами, в основе которых борьба тенденций к упрощению или усложнению реакций в ответ на стрессовые и фрустрирующие воздействия. *Групповой психотерапевт* в 1-й фазе развития группы присоединяется к изначальному колебательному процессу каждого из участников и интегрирует эти отдельные контуры в единый групповой колебательный контур, а затем способствует созданию терапевтических флуктуации и усиливает их до такой степени, что целостная система группы переходит на иной, более сложный уровень функционирования (2-я фаза группового процесса) — происходит перераспределение ответственности за жизнь группы. И уже после этого группа переходит в рабочую фазу, где возникают эффективные кольца *обратной связи* между группами, оказывается действенная *эмоциональная поддержка*, иными словами, появляется устойчивый внутригрупповой резонансный контур, который отличается от имевшего место в 1-й фазе большей сложностью и гибкостью, а также невосприимчивостью к возникающим внутренним и внешним деструктивным воздействиям. Этот резонансный контур репрезентируется, в частности, наличием разделяемых целей (в 1-й фазе эту функцию в основном берут на себя групповые нормы). В ходе занятий по М. г. п. и т. о. «Т. к.» Э. и В. групповые процессы многократно усиливаются за счет взаимного влияния двух групп и создания единого резонансного терапевтического контура. Этот контур имеет два полюса, соответствующих характеру участия групп в данное время в общем контуре



взаимодействия (ассоциированное и диссоциированное участие). Ограничиваясь лишь общими соображениями, авторы методики отмечают, что проблема психологического резонанса в контексте групповой динамики далеко не изучена и требует специальной разработки.

По мнению авторов, созданная ими методика имеет ряд преимуществ перед другими: 1) без увеличения времени работы групп и снижения эффективности можно умножить число участников (до 20 и более); 2) взаимовлияние групп (эффект резонанса) способствует более быстрому развитию групповой динамики — переходу в фазу продуктивной работы через 4,5-5 часов; 3) эмоциональная увлеченность и интерес участников к происходящему, выраженные на всем протяжении тренинга, о чем свидетельствует присутствие на всех этапах наблюдателей (т. е. закончив работу в «круге», все участники данной группы наблюдают за деятельностью другой группы), максимальная вовлеченность в работу и др.; 4) объем проделанной группами работы (общее время двух групп — 20 часов, каждой группы в «круге» — по 10 часов) сопоставим с объемом, который обычно осуществляет терапевтическая или тренинговая группа за 60 часов; 5) усвоение материала семинара, проводимого одновременно с тренингом, происходит быстрее, чем на семинарах с тренинговой группой при использовании традиционной технологии. Понимание и переживание, осуществляемые в рамках одного контекста, оказываются устойчиво сцепленными друг с другом, что приводит к появлению дополнительного эмоционально-когнитивного резонансного контура.

Обучающий семинар по групповой психотерапии и тренинг, проводимый по М. г. п. и т. о. «Т. к.» Э. и В., позволяют совместить первые 3 этапа подготовки психотерапевтов — получение информации о динамике малой группы, участие в качестве члена в тренинговой группе, наблюдение за процессом групповой работы — в рамках единого пространственно-временного, эмоционального, когнитивного и содержательного контекста — и создать у обучающихся целостное представление о психотерапевтическом процессе. Целесообразно ведение двух групп одной парой или одним психотерапевтом-тренером. Это центрирует общий межгрупповой процесс взаимодействия, потенцируя в первых фазах работы естественную конкуренцию между группами. Делается акцент на роли взаимной индукции трансовых групповых состояний — тонких динамичных изменений сознания и восприятия у участников обеих групп, концентрации внимания на значимых объектах и др. Подчеркивается необходимость групповых трансовых состояний для успешной работы *психотерапевтической группы* и то, что транс сам по себе является мощным неспецифическим активатором группового процесса.

М. г. п. и т. о. «Т. к.» Э. и В. в описанном виде, по мнению ее авторов, может эффективно применяться также при проведении групповой психотерапии больных с пограничными нервно-психическими расстройствами. В качестве примера дается ссылка на работу 8 подростков с пограничной патологией и второй группы — их родителей. С учетом желания участников были образованы две смешанные по возрасту группы, в которые вошли родители и подростки, выбравшие друг друга на основе доверия и симпатии. Совместная работа оказалась эффективной для разрешения семейных конфликтов.

**МЕТОДИКА КОРСИНИ «ЗА СПИНОЙ».** Предложена Корсини (Corsini R. J.) в качестве приема *групповой психотерапии* с целью преодоления трудностей, которые испытывают члены группы при необходимости откровенных и нелицеприятных высказываний друг о друге. Методика представляет собой формализованную процедуру, которая существенно экономит время и усилия психотерапевта, направленные на повышение продуктивности коллективного взаимодействия. Участники предварительно информируются о том, что назначение этого приема — помочь выразить свое мнение о других и узнать, что члены группы в действительности думают друг о друге. Затем они приглашаются для участия в занятиях в качестве как пациентов, так и психотерапевтов. Каждому человеку в течение двух занятий предоставляется по полчаса для рассказа о себе. Его в это время не перебивают, но затем рассказчик садится спиной к группе, а каждый пациент высказывается об «отсутствующем». На это отводится в целом 20-40 минут. Когда психотерапевт кратко резюмирует содержание высказываний, «отсутствующий» вновь присоединяется к группе. Ему дается 5 минут для ответного высказывания, которое оценивается психотерапевтом с точки зрения наличия отрицания действительности, принятия оценок других членов, отличающихся от его собственных, уклонения и других типов защиты. Затем пациент садится в центре круга, и все желающие задают ему вопросы. Психотерапевт может прекратить эти расспросы и выслать человека, находящегося в центре

обсуждения, из комнаты, если эмоциональное сопровождение происходящего будет излишне бурным. Эмоциональная «встряска», как ожидается, должна «разморозить» обсуждаемого пациента, заставить его задуматься над проблемами, наличие которых он ранее отрицал, уточнить впечатление, которое он производит на других. На следующем занятии этого больного просят резюмировать свои ощущения от предыдущего занятия. Одним из эффектов методики является высвобождение сдерживаемых эмоций и коррекция поведения во внутерапевтических ситуациях.

**МЕТОДИКА «МАСКА».** Вариант косвенной (опосредованной) психотерапии. В этом случае медицинский персонал предварительно готовит больного к процедуре, заключающейся в ингаляции «нового, чрезвычайно эффективного» лекарства, которое «специально заказано для больного» и будет использовано в особых условиях. Пациента укладывают на стол, кладут на лицо наркозную маску, смоченную неизвестной ему пахучей жидкостью, и, когда он начинает ее вдыхать, осуществляют *внушение*, направленное на восстановление нарушенных функций, обычно истерической природы (мутизм, стойкие гиперкинезы, паралич и т. д.).

Впервые об использовании методики «маски» упоминается в лекции выдающегося психоневролога Флексига (Flechsig P.), состоявшейся в Лейпциге в 1924 г.; демонстрировалась девушка, вообразившая, что у нее стеклянный зад. Боясь «разбить» его, она не садилась и не ложилась на спину. Флексиг пообещал пациентке удалить все стеклянные части оперативным путем. Больную в присутствии студентов уложили на стол, на лицо была наложена эфирная маска, один из ассистентов разбил над ее головой стеклянный сосуд, профессор произвел соответствующее внушение, после которого больная встала, спокойно села на предложенный ей стул и объявила, что она чувствует себя полностью выздоровевшей.

*Косвенное внушение* с использованием «маски» чаще применяется при зафиксированных истерических нарушениях как завершающий этап *личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова*, подготовившей пациента к «отказу» от симптома (выполнявшего приспособительные, адаптивные функции) путем *осознания* специфической содержательной связи между этим симптомом и внутренним конфликтом, а также генезиса этого конфликта. Использование «маски» в подобных случаях убеждает в ценности симптомоцентрированных методов, если применение их основывается на адекватном понимании механизмов развития невроза и включается в систему патогенетически обоснованной психотерапии.

**МЕТОДИКА НАВОДНЕНИЯ.** Относится к поведенческим методам. Если при *систематической десенсибилизации* погружение в ситуацию, вызывающую страх, происходит постепенно, то в других методиках подчеркивается эффективность быстрого столкновения, переживания сильной эмоции страха. Чем резче столкновение с ситуацией, вызывающей страх, чем она длительнее, чем интенсивнее эмоция страха, сопровождающая это столкновение, тем в большей степени процедуру можно назвать М. н.

В практической работе отнесение той или иной процедуры к М. н. или десенсибилизации во многих случаях является условным. Все методики подобного рода можно представить в виде континуума, на одном полюсе которого находится систематическая десенсибилизация, на другом — М. н. Параметры, по которым различаются эти полюса, следующие:

- 1) быстрая или медленная *конфронтация* (столкновение) со стимулом, вызывающим страх;
- 2) возникновение интенсивного или слабого страха;
- 3) длительность или кратковременность столкновения со стимулом, вызывающим страх.

М. н. состоит в том, что пациента побуждают столкнуться с реальной ситуацией, вызывающей страх, и убедиться при этом в отсутствии возможных негативных последствий (например, смерти от сердечного приступа у больного с кардиофобическим синдромом или падения в обморок у больного с агорафобическим синдромом). Для этого пациент должен находиться в этой ситуации как можно дольше и испытывать как можно более сильный страх. М. н. эффективна только при выполнении ряда условий. Больные, имеющие органическую патологию, которая может резко ухудшиться под влиянием интенсивного эмоционального стресса, не должны подвергаться лечению с помощью этой методики (например, с ишемической болезнью сердца). С самого начала лечения пациент должен стать активным его участником. Для этого он должен заранее получить необходимую информацию о механизмах действия этого метода, о причинах длительности страха. Обсуждаются конкретные задачи, реализовать

которые пациент соглашается, интенсивность конфронтации со стимулом, вызывающим страх, преимущества быстрой или постепенной конфронтации применительно к данному конкретному пациенту. Должна быть исключена возможность использования механизмов скрытого избегания. Так, в столкновении с реальной ситуацией пациент может удаляться от нее, уходя в мир воображения, интеллектуальную деятельность, например во время поездки в метро при страхе замкнутых пространств решать в уме шахматные задачи или стараться думать о чем-нибудь приятном, о каких-нибудь важных делах, которые ему предстоит сделать. Если пациента в поездке кто-то сопровождает, то он вступает в разговор, требующий внимания и сосредоточения. Во всех этих случаях пациент удаляется от реальной ситуации, вызывающей страх, и тем самым снижает интенсивность своей тревоги. Пациенту должно быть объяснено, что скрытое избегание — снижение субъективного уровня страха — подкрепляет это избегание, механизм здесь близок к тому, который формирует сам страх и фобию (навыки избегания приобретаются и подкрепляются на основе редукции страха, приобретение опыта избегания подкрепляет поведение избегания). Пребывание в ситуации, вызывающей страх, должно быть длительным (не менее 45 минут). Последующие тренировки проводятся ежедневно, а намеченный их план следует выполнять, несмотря на различные обстоятельства (как правило, имеющие характер рационализации).

С начала лечения члены семьи также должны быть ознакомлены с его задачами, участвовать в их решении и, уж во всяком случае, ему не противодействовать. Обязательным является письменное фиксирование самостоятельных тренировок в периоды между заданиями (позитивное *подкрепление*), выполняющимися в присутствии медицинского персонала. Если тренировки проводятся с группой пациентов, имеющих сходную симптоматику, то следует максимально использовать эффект моделирования.

М. н. показана при страхах и других расстройствах, включающих страхи.

**МЕТОДИКА НАКАЗАНИЯ.** Относится к поведенческим приемам. Заключается в использовании отрицательного (аверсивного) стимула сразу же за ответной реакцией, которую стремятся угасить. В качестве отрицательного чаще всего используют болезненный, субъективно неприятный стимул, и тогда методика фактически превращается в аверсивную. Можно применять и социальные стимулы, такие как осмеяние, осуждение, негативная оценка определенного аспекта поведения и т. д. Но следует помнить, что только болезненные стимулы являются практически всеобщими, оказывают свое воздействие в 100% случаев, в то время как социальные отрицательные стимулы сугубо индивидуальны.

Методика эффективна при соблюдении ряда условий.

1. Если отрицательный (аверсивный) стимул применяется сразу же, непосредственно после ответной реакции. Нужно вспомнить, какую важную роль в выработке условной реакции играет смежность. Обычно оптимальный временной интервал колеблется от десятых долей секунды до нескольких секунд. Если применение аверсивного стимула откладывается, его эффективность начинает быстро уменьшаться. Примером такого отдаленного эффекта наказания, выражающегося в негативных последствиях в виде хронических заболеваний, является курение. В этом случае эффект удовлетворения наступает сразу же, в то время как негативные последствия не ощущаются долгое время.

2. Важным условием является и схема применения аверсивного стимула. На первом этапе более эффективное подавление нежелательного поведения достигается с помощью постоянного применения аверсивного стимула. И только впоследствии можно переходить к непостоянной схеме угашения.

3. Наличие в поведении пациента альтернативных ответных реакций является также важным условием использования этой методики. Третье условие касается угашения только того поведения, которое имеет целенаправленный характер. Поскольку в данном случае цель сохраняет свое значение для пациента, а имеющийся в репертуаре стереотип достижения ее является заблокированным, то при отсутствии других, «желательных» стереотипов поведения это часто вызывает агрессию или другие формы деструктивного поведения (у детей — лживость).

Все это ограничивает сферу применения данной методики, так же как и в случае аверсивных приемов.

**МЕТОДИКА ОСТАНОВКИ МЫСЛЕЙ.** Один из приемов *поведенческой психотерапии*, появившийся в 1950-е гг. Применяется при обсессивно-фобических состояниях для контроля реакций

предвосхищения. Выбор мыслей, подлежащих контролю, осуществляется при предварительной эксплорации больного. Наиболее распространенный вариант психотерапии: в ходе сеанса больному предлагается закрыть глаза и проговорить контролируемую мысль. Без промежуточной паузы психотерапевт резко и громко произносит слово «Стоп!», которое должно прозвучать неожиданно и даже испугать больного. Эта процедура повторяется несколько раз с варьированием содержания проговариваемой мысли. Следующий этап: пациент произносит контролируемую мысль про себя, при этом поднимает вверх палец, когда мысль приняла отчетливые очертания. На это психотерапевт реагирует немедленным восклицанием «Стоп!». Процедура многократно повторяется. Далее больного обучают выкрикивать слово «Стоп!» при намеренном вспоминании нежелательной мысли. Заключительный этап: пациент мысленно выкрикивает «Стоп!» при намеренном, а затем и при непроизвольном появлении нежелательной мысли. Процедура повторяется до тех пор, пока действия пациента не достигнут полного автоматизма. При возникновении трудностей в усвоении возвращаются на предшествующую ступень *тренинга*. У некоторых больных большой успех достигается при визуальном (в виде надписи), а не акустическом предъявлении стоп-сигнала. Вариантом методики является применение в качестве стоп-сигнала резкого звонка над ухом больного или самостоятельно выбранного им легкого болевого раздражителя для прерывания нежелательных мыслей.

Методика используется в течение дня всякий раз при появлении нежелательных мыслей-мишеней. Кроме того, для поддержания уровня автоматизма больной должен повторять упражнения самостоятельно по меньшей мере 2 раза в день по 5-10 минут.

**МЕТОДИКА ПОГРУЖЕНИЯ.** Погружение — термин, используемый в *поведенческой психотерапии* для обозначения реального столкновения пациента с ситуациями или объектами, вызывающими страх. В основе любого технического приема, использующего погружение, лежит механизм угашения страха путем реального тестирования ситуаций, переоценки их значения и своих возможностей, коррекции неадекватных ожиданий. *Систематическая десенсибилизация in vivo*, наводнение, *парадоксальная интенция Франкла*, ролевой тренинг, *моделирующая психотерапия* и другие предполагают погружение.

**МЕТОДИКА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ.** Используется в группе больных, находящихся на разных стадиях лечения (от начинающих до завершающих его, успешно прошедших курс), имеющих разную степень выраженности симптоматики. В некоторых случаях в группу на отдельные занятия могут приглашаться излечившиеся и выписавшиеся больные.

После установления атмосферы открытости, *эмоциональной поддержки* группа переходит к обсуждению проблем, волнующих отдельных ее участников. Целью *психотерапевтических бесед* является изменение отношения к болезни, выход из замкнутой системы «пациент—болезнь», через призму которой больной начинает рассматривать свои отношения с людьми и обществом, активация не вовлеченных в эту систему психологических резервов личности. Пациенты, успешно завершившие лечение, являются позитивной моделью подражания для тех, кто начинает лечение. В процессе бесед акцентируется внимание на том, что помогает выходу за пределы болезни, создает «волю к здоровью» (Консторум С. И.), корригирует «масштаб переживания» болезни, повышает значимость других сфер отношений.

Описанная методика может также применяться в качестве одного из приемов в системе *индивидуальной психотерапии*.

**МЕТОДИКА РЕПРОДУКТИВНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ АСАТИАНИ.** Описана М. М. Асатиани в 1926 г. Предназначалась для лечения определенного контингента больных, имеющих психогенно обусловленные, связанные с острой психической травмой симптомы (обычно истерические припадки). М. М. Асатиани рассматривал свою методику лечения как модификацию *психокатарсического метода Брейера*. В процессе *психотерапевтической беседы* врач, не применяя специального *внушения*, способствовал возникновению и беспрепятственному протеканию у больных эмоционально насыщенных репродуктивных травматических переживаний. Больные, как правило, характеризовались резко выраженной симптоматикой и развитой «психофизиологической пластичностью». Все описанные М. М. Асатиани случаи диагностировались как травматическая истерия. Репродукция переживаний дифференцировалась по глубине и характеру выраженности: от точного воспроизведения травматических моментов, повторения их со всеми физиологическими

реакциями (боль со спазмами периферических сосудов, ощущение жара, холода, галлюцинаций) до воспроизведения воображаемой ситуации или эмоционально нейтрального рассказа о событиях и переживаниях. Автор отмечал, что при слабом уровне репродукции методика малоэффективна. Прием способствовал «изживанию прошлого», разрешению внутренних конфликтов и ослаблению эмоционально-чувственных следов нередко случайно зафиксированных внешних раздражителей.

**МЕТОДИКА РИЛИЗИНГА.** Рилизинг (англ. releasing — высвобождение) — методика, используемая для противодействия стрессу, возникающему в ситуации, когда индивид оказывается перед необходимостью немедленно изменить что-то, что быстро изменить трудно или невозможно. Целью перемены могут быть актуальное или предвосхищаемое нежелательное событие, воспоминание о событии в прошлом, физическая потребность, которая не может быть удовлетворена, — иными словами, практически всякий стимул, импульс, эмоция, стремление или ситуация, вызывающие психотравмирующий эффект. Следствием этой компульсивной потребности является чрезмерная вовлеченность в достижение цели, сопровождаемая нарастанием внутреннего напряжения и тревоги. Осознание происходящего и его механизмов не обязательно ведет к устранению возникшего стрессового состояния. Ослабление его иногда может вызвать когнитивный сдвиг, отвлекающий индивида от чрезмерной вовлеченности в решение проблемы. Осознание того, что человек иногда оказывается замкнутым в порочный круг стресса, лежит в основе ряда методик, используемых чаще в *психотерапевтической группе*. Пациенту помогают ослабить стремление избавиться от стресса любой ценой, которое, как правило, скорее усугубляет проблему, чем решает ее. Таким образом, он высвобождается от чрезмерной включенности в проблемную ситуацию, от напряжения и обретает душевный покой.

Считается, что М. р. не предназначена заменить психотерапию, однако в некоторых случаях она может потенцировать ее действие, в особенности во время трудной фазы коррекции шаблонов непродуктивного поведения, с помощью психотерапевтически достигнутого интеллектуального *инсайта*. Отмечают сходство между М. р. и *когнитивной психотерапией* поведения, *убеждением* и десенсибилизацией.

Программа упражнений рилизинга направлена на снижение непродуктивных усилий по решению проблемы. Всегда выявляется и подчеркивается чрезмерность вовлечения в проблемно-решающее поведение. Для пациента становится очевидным, что отказ от желания незамедлительно изменить какую-то одну вещь одновременно снимает необходимость заниматься целой сетью соотносящихся с ней фактов, переполняющих его оперативную память. Пациент убеждается, что, «оставив проблемы в покое», он не станет пассивным, не лишится мотивации к решению проблемы. Это важный пункт, поскольку многие заблуждаются, считая, что «отказ от желания изменить» равнозначен отказу от желания конструктивного роста в целом. Желание в М. р. означает компульсивный пережест установки, лишь затрудняющий достижение цели. Рилизинг должен, по замыслу авторов, очистить разум индивида, помочь ему осуществить конструктивный выбор. Рилизинг не означает также «канализирование скрытых эмоций». *Катарсис* может произойти в ходе практических занятий, но это не обязательный компонент программы. Существенная доля успеха рилизинга основана на внушаемости субъекта и вере в руководителя или учителя, рекомендующего иной путь мышления. Рилизинг не предлагается как средство решения серьезных эмоциональных проблем, требующих более интенсивных лечебных подходов. Эта методика может в ряде случаев снизить уровень стресса у субъектов, лишенных психодинамических механизмов защиты, что заставляет их продолжать неэффективное решение проблем.

**МЕТОДИКА САМОИНСТРУКТИРОВАНИЯ.** Разработана и описана Мейхенбаумом (Meichenbaum D., 1977). В основе ее психотерапевтические мероприятия, направленные на: 1) *осознание* пациентом типичного хода его мыслей, возникающих в процессе мотивации в проблемных с психологической точки зрения ситуациях; 2) обучение его «программированию» необходимого хода мыслей. Такое «программирование» включает: оценку ситуации в целом; оценку моментов, аспектов ситуации, на которых пациент должен концентрировать свое внимание; представление желаемого положения; оценку своих возможностей по преобразованию ситуации; представление о последовательности действий для достижения цели.

Обучение «программированию» проводится обычно в групповом варианте в сочетании с

приемами десенсибилизации, развития социальной компетенции и *игровой психотерапии*.

Методика показана при широком круге нарушений поведения, а также при нарушениях концентрации внимания, проявлениях импульсивности. Имеются данные о высокой ее эффективности при так называемых «школьных фобиях» (Breuninger H., 1980).

### **МЕТОДИКА СИНАЛЛАКТИЧЕСКОГО КОЛЛЕКТИВНОГО ОБРАЗА ВАССИЛИУ.**

Предложенный Вассилиу (Vassiliou G.) оригинальный вариант групповой *арттерапии* представляет собой, по мнению автора, транзактный метод, интегрирующий психодинамические концепции в общую теорию систем. Участники группы рассматривают художественные изделия, созданные ими в ходе арттерапии, и выбирают большинством голосов одну работу, вокруг которой организуется обсуждение. Таким путем члены группы «говорят» друг с другом с помощью общего стимула. В ходе дискуссии возникают различные проекции, сравниваются похожие точки зрения и возникает «коллективный образ» группы, вращающийся вокруг центральной общей темы с индивидуальными вариациями. Ключевая роль психотерапевта — быть катализатором и регулятором, постоянно участвующим в групповой транзакции.

**МЕТОДИКА УТВЕРДИТЕЛЬНО-СТРУКТУРИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ.** Стремясь повысить продуктивность психотерапевтического взаимодействия, Филлипс (Phillips E. L.) предлагает следующие принципы структурирования индивидуальной беседы с больным:

1. Больного следует переспрашивать, если нет уверенности в правильном понимании его высказывания.
2. Следует достаточно часто реагировать на замечания больного, чтобы он чувствовал, что его понимают и следят за ходом его мысли. Длительное молчание может вызвать у больного ощущение, что психотерапевт не знает, о чем идет речь, или безразличен к этому.
3. Целесообразно соотносить сказанное больным ранее — или имевшееся им в виду — с актуальным контекстом беседы.
4. Следует вводить новые темы, если это имеет известную ценность в ходе психотерапевтического обсуждения.
5. Больному надо указывать на несостоятельность или противоречивость в его высказываниях, в особенности если это облегчает развитие *самоконтроля* и автономного поведения.
6. Больного следует поощрять к тому, чтобы он говорил больше по данной теме или продолжал выражать свои чувства с целью расширения социального контекста, к которому эти чувства могли бы подойти, и указывать на необходимость работы с этими темами в психотерапии.
7. Целесообразно придерживаться заданного плана беседы («Как вы можете связать это с тем, над чем мы договорились сегодня работать?»). Если психотерапевт не сопровождает длинный монолог больного своими комментариями или вопросами, ни он, ни больной не знают, куда ведет разговор или какую роль он играет в решении основных задач психотерапии.
8. Врач должен высказывать свои гипотезы или предположения с целью узнать мнение больного о них. Разумно взвешенное проникновение в сложные вербальные построения больного с помощью замечаний и гипотез является попыткой внести ясность и направленность в психотерапию. Предложенные психотерапевтом гипотезы могут стимулировать больного думать иначе о своем поведении и вести к продуктивному изменению поведения.
9. Целесообразно предложить больному попробовать тот или иной вид активности, чтобы разъяснить проблему, попытаться ее решить или оценить свои возможности. Такое предложение может стать пунктом плана беседы.
10. Больного следует стимулировать к реакции на слова психотерапевта: он должен их откровенно комментировать. Врач оказывается прав лишь тогда, когда его гипотезы находят подтверждение в реальной жизни больного.
11. Для *конфронтации* с суждениями больного следует выбирать правильную форму.
12. Ни одна тема не является слишком щекотливой или слишком тривиальной, чтобы психотерапевту не стоило ее затрагивать.

Принципы структурирования не рассчитаны на ведение аналитической беседы, поскольку не учитывают неосознанных форм *сопротивления* больного. Методика предложена для использования в разного рода консультативной психологической работе и представляет интерес как попытка интеграции

принципов поведенческого обусловливания в контекст *разговорной психотерапии*. Один из приемов работы, повышающих ее продуктивность, — предложить больному формулировать свои самые важные мысли в письменном виде. Этот документ становится основой последующего обсуждения с психотерапевтом. Задачам психокоррекции в большей степени отвечают ролевые предписания пациентам в ходе беседы:

1. Больной должен назвать или обозначить проблему или конфликт. Обозначение не равнозначно диагнозу, оно скорее является основой для последующего общения психотерапевта и больного. Если оба знают, что означает маркировка проблемы и какое поведение имеется при этом в виду, становится легче придерживаться избранного курса, направленно собирать информацию, соотносить обозначенное поведение с контекстом ситуации и, наконец, оценивать динамику выраженности этого поведения в ходе психотерапии.

2. Больной должен уточнить ситуацию, в которой наблюдается обозначенное или нежелательное поведение, и то, как оно представляет конфликт в разных повторяющихся контекстах. *Психотерапевтическое вмешательство* тогда ориентировано на чувства, влияющие на выбор и применение адекватной поведенческой стратегии.

3. Больной должен участвовать в разработке программ совладания с нежелательным поведением как в терапевтических обсуждениях, так и в реальной повседневности. Цель — получить из практического применения усвоенного на психотерапии материал для *обратной связи*, который постоянно вводится в продолжающуюся терапию. Этот шаг начинается как можно раньше и может быть использован уже в первой беседе. Ощущение практического результата является проверкой полезности найденных ранее формулировок.

4. Больной должен постепенно стремиться контролировать свою жизнь. Психотерапевт может уточнять первоначальное соглашение, стимулировать усилия больного или возвращаться к повторению первых шагов, но в целом его роль постепенно отходит на второй план.

**МЕТОДИКИ ВИЗУАЛИЗАЦИИ.** Собирательное название психотерапевтических приемов, направленных на воссоздание и управление зрительными образами во внутреннем, субъективном пространстве. Примером подобного образа может быть визуальное представление такой фразы, как «Черный кот умывается». У некоторых людей даже при быстром прочтении указанной фразы в сознании действительно возникает образ кота. Распространение М. в. обусловлено тем, что практически все люди способны в большей или меньшей мере к воссозданию зрительных представлений. При этом считается, что качество визуального образа не влияет на эффективность М. в. Как правило, возможности применения М. в. определяются той теоретической концепцией, в рамках которой разработан основной психотерапевтический метод, составной частью которого они являются. М. в. чаще всего применяются в *поведенческой психотерапии*, хотя определенный интерес к использованию зрительных образов характеризует практически все основные психотерапевтические направления. Известно, что еще *Фрейд* (Freud S., 1923) активно использовал зрительные образы, возникающие в ходе *психоанализа*. Полученные в ассоциативном эксперименте, они служили материалом, который в дальнейшем подвергался проработке и *интерпретации*. Образы визуализации в *психоаналитической психотерапии* рассматриваются как одна из форм получения материала для анализа и в настоящее время. Иное отношение к зрительным образам сложилось в гуманистической психотерапии. Здесь эмоции, связанные с образом, трактуются как возвращение к повторному переживанию эмоционального психотравмирующего опыта. В *гештальт-терапии* взаимодействие с воссозданным образом части личности рассматривается как важный этап большинства психотерапевтических процедур и экспериментов. В современных экзистенциальных подходах переживание эмоций, связанных с произвольными визуальными образами, выступает как существенный элемент экзистенциального опыта и личностного роста в целом. В *когнитивной психотерапии* зрительные образы являются эквивалентами когниций и вместе с ними составляют так называемый план автоматизированного мышления, элементами которого может быть «самопредвидение» — произвольное создание образа возможных, как правило, негативных, последствий. Примером такого самопредвидения может быть яркое визуализированное представление падения с высоты в пропасть или картины негативных социальных последствий в конфликтной ситуации (Beck A. T., 1970). Такие самопредвидения обладают мощной регулятивной функцией поведения, поскольку они сопровождаются соответствующими

эмоциональными переживаниями. Указанные примеры иллюстрируют интерес различных психотерапевтических школ к визуальным образам и демонстрируют не столько «полноценные» (в современном понимании) М. в., сколько манипуляции с визуальными образами. Более последовательное использование их с целью диагностики и управления поведением пациентов осуществляется в поведенческой психотерапии. Так, при использовании методики имплозии больным с фобическими симптомами в аутогенном состоянии предлагается воспроизвести последовательные визуальные образы ситуации, в которой обостряется или возникает фобия, с целью снижения интенсивности негативных переживаний. В методике *систематической десенсибилизации* пациент воспроизводит все более устрашающие зрительные образы, негативные эмоциональные переживания при которых устраняются с помощью мышечной *релаксации* и *самовнушения*. При некоторых вариантах классического *гипноза* внушаются зрительные образы с определенным терапевтическим смыслом. Указанные варианты применения образов визуализации в поведенческой психотерапии уже в полной мере соответствуют определению для М. в., поскольку в этих терапевтических подходах имеется в виду не только создание зрительных представлений, но и управление образами визуализации в терапевтических целях. Более полно возможности М. в. раскрываются в таких современных направлениях психотерапии, как *нейролингвистическое программирование*, *психосинтез*, а также *психоимажинативная терапия Шорра*, *трансперсональная психотерапия*, *арттерапия* и др. В первом из них практически все процедуры различных уровней предполагают использование и управление визуальными образами. В концепции нейролингвистического программирования зрительным образам отводится значительная роль в формировании поведения и в устранении симптоматики в том числе. С точки зрения создателей этого метода Бендлера и Гриндера (Bandler R., Grinder J., 1976), одной из существенных причин возникающих у человека проблем является то, что в сознании самопроизвольно появляются визуальные образы, имеющие негативное эмоциональное значение. Эти спонтанные образы символизируют, повторно воспроизводят (в терминах нейролингвистического программирования «репрезентируют») пережитый опыт и отражают внутренние закономерности функционирования мозга в кодировании и воспроизведении прошлого опыта. Репрезентация опыта осуществляется и другим путем — с помощью вербальных образов (образов речи), кинестетических (телесных, чувственных), реже вкусовых и обонятельных, однако визуальные образы — наиболее частый вариант кодирования опыта.

Терапевтическим вмешательством необходимо добиться с помощью определенной техники, чтобы событие репрезентировалось другим образом, вызывающим положительные или в крайнем случае нейтральные эмоции. Отсюда и интерес к разработке специальных М. в., если визуальная репрезентация опыта является наиболее частым способом презентации вообще. Различные технические приемы в нейролингвистическом программировании, включающие использование визуальных образов, строятся по следующей схеме:

- 1) тщательное изучение формального способа презентации проблемы;
- 2) изучение способа презентации ресурса (позитивного опыта, который презентуется с помощью субъективно приятных образов);
- 3) интеграция ресурса с проблемой;
- 4) проведение теста на эффективность воздействия.

Тщательное изучение способов презентации проблемы и ресурса касается формальной стороны субмодальных различий, которые не затрагивают содержательных характеристик образа. Важным отличием М. в. при нейролингвистическом программировании является именно работа с несодержательными характеристиками визуальной презентации, подобно тому как психиатра меньше интересует содержание бреда, чем внесодержательные его характеристики (тип манифестации, связь с реальными событиями жизни и пр.). К формальным субмодальным особенностям зрительных образов относятся, например, наличие или отсутствие четкой рамки у образа (одна из М. в. называется «прямой *рефрейминг*»). Преодоление негативного действия визуального образа требует, чтобы пациент дополнил образ проблемы рамкой. Учитываются расположение визуального образа во внутреннем пространстве (вверху, внизу, далеко, близко и др.), ассоциативные или диссоциативные характеристики образа (сам пациент при воспроизведении образа находится внутри его или снаружи), наличие или отсутствие цвета (негативные проблемные образы обычно не имеют цвета и подчеркнута мрачны, а ресурсные образы



чаще воспроизводятся именно в цвете). Важны и другие характеристики: объемность изображения, контрастность, величина, движение (как слайд или как фильм) и др. Смысл исследования состоит в том, что выявляются наиболее важные субъективные формальные характеристики, которые определяют особенности эмоционального реагирования и принцип отнесения визуальных образов к проблемным (отражающим негативный опыт) и ресурсным (презентирующим субъективно приятный опыт, способствующим более свободному поведению). Существенным в этой относительности является то, что при наличии известных закономерностей у каждого человека способность вызывать то или иное эмоциональное состояние определяется уникальным набором таких субмодальных элементов. В активной части М. в. предполагается изменение негативного проблемного образа. Существует несколько принципиальных вариантов изменения визуальных образов, которые соответствуют основным типам М. в.:

- 1) прямое видоизменение проблемного образа в ресурсном направлении,
- 2) интеграция в проблемный образ ресурсного образа,
- 3) изменение расположения образа в контексте других образов континуума.

Примером эффективного прямого видоизменения проблемного образа может быть случай пациентки С., 36 лет, находившейся в реактивном состоянии после гибели на ее глазах сына, которого задавила машина. Обычная психотерапия и фармакотерапия не давали ожидаемых результатов, поскольку большую часть времени С. представляла себе ситуацию катастрофы и чувствовала, что не может «выйти из этой ситуации». Проблемный образ был объемным и ассоциированным — пациентка находилась как бы внутри этой картины и, находясь там, видела кровь сына, чувствовала, как она льется по ее рукам. Был использован следующий прием, смысл которого сводился к выведению С. за рамки проблемной ситуации: при визуализации ассоциативного образа проблемы психотерапевт предлагал пациентке быстро пересесть на рядом стоящее кресло и наблюдать за собой «со стороны». Эта процедура повторялась по несколько раз в течение трех-четырех дней, по истечении которых больная научилась самостоятельно диссоциироваться от проблемного образа, и состояние ее значительно улучшилось.

Примером интеграции проблемного образа и ресурса может служить М. в. «взмах». Суть ее заключается в том, что в проблемный образ помещается уменьшенный, но более интенсивный потенциально ресурсный образ, который при интенсификации проблемного образа «разворачивается и вытесняет проблемный образ» (Бендлер, 1978). Приведем его пошаговую структуру при лечении неуверенности у М., 28 лет. Первый шаг — определение проблемного образа неуверенности («Когда вы чувствуете себя неуверенным, то каким вы себя представляете?»). Второй шаг — определение ресурсного образа («Каким вы себя видите, когда вы уверены в себе?»). Третий шаг — подготовка ресурсного образа — усиление мощности («Сделайте его еще более привлекательным для вас, например добавьте яркости и цвета»), перевод в активную форму («Сожмите его в маленький мощный светлый шарик, готовый развернуться и "взорвать" проблему»), четвертый шаг — интеграция проблемы и ресурса («Давайте теперь с этим шариком, готовым к взрыву, пойдем в ситуацию проблемы, и как только вы увидите образ своей неуверенности, то тут же позвольте вашему светлому шарiku развернуться и взорвать проблему»). Такая операция продлевается несколько раз; после интеграции вновь визуализируется ресурс, вновь переводится в активную форму и затем вновь интегрируется с проблемой. Пятый шаг — тест на эффективность («А теперь вновь представьте, пожалуйста, проблему»). Эффективным считается такой тест, когда при попытке вспомнить проблему спонтанно воспроизводится ресурсный образ.

Пример третьего варианта М. в. — так называемая «линия времени» — кривая в субъективном пространстве, которая отражает способ презентации субъективного времени пациента. Построение «линии времени» сводится к тому, что больной последовательно представляет себе какой-либо простой образ повторяющегося события. Вспоминая, как происходило это событие в прошлом, и воображая, как будет происходить оно в будущем, можно обнаружить отличия в месте расположения образа этого события в зависимости от времени. Наиболее частым вариантом, по мнению авторов нейролингвистического программирования, является следующая конфигурация «линии времени»: прошлое — образы событий выстраиваются в часть кривой от самых давних событий снизу слева до настоящего образа прямо перед глазами; будущее — от настоящего образа прямо перед глазами до

отдаленных событий в будущем вверху слева в субъективном пространстве. Имеет значение и цветовое оформление образов в различных частях субъективного времени. Считается нормальным следующее цветовое оформление: прошлое окрашено в приятные светло-коричневые или золотистые тона, образы четкие; настоящее имеет все цветовые оттенки и соответствует происходящему; образы будущего — размытые, с оттенками серебристо-голубоватого цвета. Психологический смысл подобного оформления состоит в том, что для оптимального самочувствия человека необходимо воспринимать прошлое как отдаленное и приятное, настоящее как яркое и разнообразное, а будущее как отдаленное и манящее. При наличии проблем возможны нарушения в «конструкции линии времени» — искажения, узлы, разрывы и др.

Хотя М. в. получили известное распространение, однако до настоящего времени не проводилось научных исследований по определению их эффективности и значения в практической психотерапии.

**МЕХАНИЗМЫ ГРУППОВОЙ ДИНАМИКИ ПО БАЙОНУ.** Английский психоаналитик, один из виднейших теоретиков психологии групп и *групповой психотерапии* Байон (Bion W. R.) опыт групповой работы получил во время Второй мировой войны, будучи директором реабилитационного центра военного психиатрического госпиталя. В дальнейшем работал в клинике Тависток в Лондоне, изучая психодинамику малых групп.

Исходной теоретической предпосылкой концепции Байона являются идеи *Фрейда* (Freud S.) и *Кляйн* (Klein M.) о психодинамических механизмах групповых ситуаций. Теория *эдипова комплекса* демонстрирует огромную важность семейной группы в развитии человека. Гипотезы Кляйн о ранних объектных отношениях и примитивных защитных механизмах позволяют понять, что первые контакты ребенка с матерью и другими лицами ближайшего окружения имеют специфическое влияние на последующее его развитие, поскольку возникающие у ребенка в этих группах эмоции могут впоследствии реактивироваться в различных ситуациях взрослой жизни.

Наблюдая группы, члены которых имели целью выполнение какого-то общего задания, Байон обратил внимание на то, что поведение отдельных членов и общегрупповые феномены носят иногда характер повторяемого специфического стереотипа. Используются средства, которые не могут привести к решению задачи. Проявляется нерациональность поведения, интеллектуальная скудость в разговоре, неспособность к критическим суждениям, совершенно нехарактерные для поведения этих же лиц во внегрупповой ситуации. Возникающие в группе ситуации сопровождаются общими эмоциями, в которых члены группы не отдают себе отчета, так что группа оказывается не готовой к их обсуждению. Выполнению задания препятствует какая-то регрессивная первичная активность. Исследуя эти общегрупповые феномены, Байон вводит ряд собственных терминов: групповой менталитет — групповая культура, базисные установки, группы базисных установок, или базисные группы, рабочие группы.

Гипотеза существования группового менталитета исходит из факта, что группа часто функционирует как единое целое, даже если ее члены не имеют сознательного намерения вести себя так и не осознают этого. Групповой менталитет Байон определяет как контейнер вклада каждого из участников в целенаправленное функционирование группы. Он формируется каким-либо единодушным мнением, волей к действию или желанием. Он может противоречить желаниям, мнениям и мыслям отдельных индивидуумов, вызывая у них отрицательные эмоциональные реакции. Климат в группе представляет собой производное конфликта между групповым менталитетом и желаниями отдельных членов, причем и то и другое носит бессознательный характер. Такая организация, иногда примитивная и рудиментарная, обозначается Байоном как групповая культура. Это понятие включает структуру группы на данный момент, задание, которое она выполняет, и организацию, которую группа принимает с этой целью.

Базисная установка — термин, определяющий специфическое качество, содержание группового менталитета, позволяющее понять эмоциональные феномены группового взаимодействия. Установка называется базисной в силу того, что сформирована интенсивными примитивными (т. е. характерными для ранних этапов развития) эмоциями, от которых зависит, как сложится организация группы и как будет выполняться ее задание. Групповая культура всегда определяется действующей на данный момент базисной установкой, отражающей примитивную коллективную фантазию магического всемогущества в достижении заданной цели и удовлетворения желаний. Иррациональное содержание установки

определяет собой реальное поведение членов группы. Установка всегда изначально неосознаваема и часто противоречит сознательным рациональным мнениям в группе.

Байон описал три типа базисных установок:

1. Установка зависимости предполагает *убеждение* группы в том, что кто-то, от кого она зависит, должен обеспечить ее безопасность и удовлетворить абсолютно все ее потребности и желания. Она сопровождается фантазией о божестве-хранителе, сомнения в доброте, могуществе и мудрости которого кощунственны и недопустимы. В *психотерапевтической группе* такая установка сопровождается нереалистично завышенными ожиданиями успеха лечения, пассивной позицией группы, предполагающей, что всю работу должен делать психотерапевт. Разочарование при неисполнении этих ожиданий сопровождается быстрым обесцениванием лидера и поиском его замены.

2. Установка борьбы—бегства состоит в том, что группа убеждена в существовании общего врага, защита от которого может состоять или в его уничтожении (борьба), или в избегании (бегство). В психотерапевтических группах роль врага может навязываться одному или нескольким членам группы, лицам и социальным факторам окружающего мира, болезни. В таких группах часто возникает раскол, характерны ситуации, когда часть группы враждебна к психотерапевту, а часть преклоняется перед ним.

3. Установка образования пары заключается в общем убеждении в том, что что-то или кто-то в будущем избавит группу от ее актуальных проблем и удовлетворит все желания. Это — вера в приход мессии. Олицетворением надежды часто делается влюбленная пара, еще не рожденное дитя которой станет спасителем. Важным поэтому оказывается не решение проблем в настоящем, а надежда на будущее.

Все базисные установки являются защитными механизмами, отражающими инфантильное проблемно-решающее поведение. Они имеют целью избежание фрустрации, возникающей, когда контакт с реальностью и *научение* решению проблем предполагают усилия и чреваты отрицательными эмоциями. Значение их определяется той закономерностью, с которой они возникают при групповом взаимодействии взрослых людей, когда трудности в совместном решении проблемы вынуждают участников к коллективному бессознательному регрессу до инфантильного периода существования, оставляя неиспользованным накопленный индивидуальный жизненный опыт.

Поведение в группах с базисными установками произвольно и не предполагает сотрудничества друг с другом в отличие от рабочей группы, где эта характеристика является стержневой. Степень готовности к регрессу до базисной установки Байон обозначает как валентность, заимствуя этот термин из физики. Закономерности динамики взаимодействия, установленные при изучении малых групп, действительны в принципе и для сколь угодно больших групп (армия, религиозное сообщество, социальный класс).

**МЕХАНИЗМЫ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ.** Одна из первых попыток изучения и анализа М. л. д. г. п. принадлежит Корзини и Розенберг (Corsini R. J., Rosenberg B., 1955).

Выделяют три основных пути исследования М. л. д. г. п.: опрос пациентов, прошедших курс *групповой психотерапии*; изучение теоретических представлений и опыта *групповых психотерапевтов*; проведение экспериментальных исследований, позволяющих выявить взаимосвязи между различными переменными психотерапевтического процесса в группе и эффективностью лечения.

Подробный анализ М. л. д. г. п. представлен в работах Ялома (Yalom I. D., 1970), Кратохвила (Kratochvil S., 1978), Рудестам (Rudestam K., 1993) и др. Ялом выделяет в качестве основных механизмов следующие.

1. Сообщение информации: получение пациентом в ходе групповой психотерапии разнообразных сведений об особенностях человеческого поведения, межличностного взаимодействия, конфликтах, нервно-психическом здоровье и пр.; выяснение причин возникновения и развития нарушений; информация о сущности психотерапии и ходе психотерапевтического процесса; информационный обмен между участниками группы. Подобная информация поступает не столько дидактически, сколько в процессе общения с другими и знакомства с их проблемами.

2. Внушение надежды: появление надежды на успех лечения под влиянием улучшения состояния других пациентов и собственных достижений. Успешные, продвинутые в психотерапии пациенты служат остальным в качестве позитивной модели, открывают им оптимистические перспективы.

Наиболее сильно этот фактор действует в открытых *психотерапевтических группах*.

3. Универсальность страданий: переживание и понимание пациентом того, что он не одинок, что другие члены группы также имеют проблемы, конфликты, переживания, симптомы. Такое понимание способствует преодолению эгоцентрической позиции и появлению чувства общности и солидарности с другими, а также повышает самооценку.

4. Альтруизм: возможность в процессе групповой психотерапии помогать друг другу, делать что-то для другого. Помогая другим, пациент становится более уверенным в себе, он ощущает себя способным быть полезным и нужным, начинает больше уважать себя и верить в собственные возможности.

5. Корригирующая рекапитуляция первичной семейной группы: пациенты обнаруживают в группе проблемы и переживания, идущие из родительской семьи, чувства и способы поведения, характерные для родительских и семейных отношений в прошлом. Выявление и реконструкция прошлых эмоциональных и поведенческих стереотипов в группе дает возможность их терапевтической переработки исходя из актуальной ситуации, когда психотерапевт выступает в роли отца или матери для пациентов, а другие участники — в ролях братьев, сестер и других членов семьи.

6. Развитие техники межличностного общения: пациенты имеют возможность за счет *обратной связи* и анализа собственных переживаний увидеть свое неадекватное межличностное взаимодействие и в ситуации взаимного принятия изменить его, выработать и закрепить новые, более конструктивные способы поведения и общения.

7. Имитационное поведение: пациент может обучиться более конструктивным способам поведения за счет подражания психотерапевту и другим успешным членам группы: подчеркивается, что многие психотерапевты явно недооценивают роль этого фактора, «на самом же деле у курящих трубку психотерапевтов получают курящие трубку пациенты».

8. Интерперсональное влияние: получение новой информации о себе за счет обратной связи, что приводит к изменению и расширению образа «Я»; возможность возникновения в группе эмоциональных ситуаций, с которыми пациент ранее не мог справиться, их вычленение, анализ и переработка.

9. Групповая сплоченность: привлекательность группы для ее членов, желание остаться в группе, чувство принадлежности к группе, доверие, принятие группой и взаимное принятие друг друга, чувство «Мы» группы. Групповая сплоченность рассматривается как фактор, аналогичный отношениям «психотерапевт—пациент» в *индивидуальной психотерапии*.

10. *Катарсис*: отреагирование, эмоциональная разгрузка, выражение сильных чувств в группе.

Кратохвил в качестве основных М. л. д. г. п. указывает следующие: участие в группе, *эмоциональную поддержку*, самоисследование и самоуправление, обратную связь, или *конфронтацию*, контроль, *коррективный эмоциональный опыт*, проверку и обучение новым способам поведения, получение информации и развитие социальных навыков.

Пациентами в качестве основных М. л. д. г. п. чаще всего указываются: *осознание* нового (самого себя, восприятия другими, понимание других людей), переживание в группе положительных эмоций (в отношении самого себя, других членов группы и группы в целом, положительных эмоций от участников группы), приобретение новых способов поведения (прежде всего межличностного взаимодействия и поведения в эмоционально напряженных ситуациях).

Указанные М. л. д. г. п. охватывают все три плоскости изменений — когнитивную, эмоциональную и поведенческую — и могут быть представлены в виде трех основных, более обобщенных механизмов: *корригирующее эмоциональное переживание* (*коррективный эмоциональный опыт*), *конфронтация* и *научение*. *Корригирующее эмоциональное переживание* включает несколько аспектов, и прежде всего — *эмоциональную поддержку*. *Эмоциональная поддержка* означает для пациента принятие его группой, признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его исходя из его собственных отношений, установок и ценностей. Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагают принятие пациентом новой информации о себе, которая часто не соответствует собственным представлениям. Низкая самооценка, эмоционально негативное отношение к себе затрудняют восприятие новой информации, обостряя действие защитных механизмов; более

позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает *сопротивление*, делает пациента более открытым новой информации и новому опыту. Это означает, что самооценка и отношение к себе играют чрезвычайно важную роль в становлении адекватного самопонимания и могут как способствовать, так и препятствовать этому процессу. Эмоциональная поддержка оказывает положительное, стабилизирующее воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и, таким образом, корректирует такой важнейший элемент системы отношений, как отношение к себе. Перестройка отношения к себе происходит, с одной стороны, под влиянием нового знания о себе, а с другой — в связи с изменением эмоционального компонента этого отношения, которое обеспечивается в основном за счет эмоциональной поддержки. Принятие пациента группой способствует развитию сотрудничества, облегчает усвоение пациентом групповых психотерапевтических норм, повышает его активность, ответственность, создает условия для самораскрытия. Корректирующее эмоциональное переживание также связано с переживанием пациентом своего прошлого и текущего группового опыта. Возникновение в группе различных эмоциональных ситуаций, с которыми пациент в реальной жизни не мог справиться, позволяет в особых психотерапевтических условиях вычленив эти переживания, проанализировать, переработать, а также выработать более адекватные формы эмоционального реагирования. При этом вовсе не обязательно, чтобы эти ситуации были абсолютно идентичными по содержанию, в данном случае речь идет о совпадении эмоций, их сопровождающих. Еще один аспект корректирующего эмоционального переживания связан с проекцией на групповую ситуацию эмоционального опыта родительской семьи. Анализ этих переживаний на основе эмоционального взаимодействия в психотерапевтической группе позволяет пациенту в значительной степени переработать и разрешить эмоциональные проблемы, уходящие корнями в детство.

Конфронтация, по мнению большинства авторов, является ведущим механизмом групповой психотерапии. Конфронтация понимается как «столкновение» пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, установками, отношениями, эмоциональными и поведенческими стереотипами и осуществляется за счет обратной связи между членом группы и группой как целым. Благодаря наличию обратной связи каждый из участников группы получает информацию о том, какие реакции у окружающих вызывает его поведение, как он воспринимается другими, в каких случаях его *интерпретация* эмоционального содержания межличностной ситуации оказывается неадекватной и влечет за собой столь же неадекватную реакцию окружающих, каковы цели и мотивы его поведения, насколько его актуальное поведение способствует достижению этих целей, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы для него характерны, какую связь видят другие между его прошлым и актуальным опытом и поведением. Обратная связь дает возможность участнику группы понять и оценить собственную роль в типичных для него межличностных конфликтах и тем самым осознать собственные проблемы, соотнося прошлое и настоящее. Пациент видит себя как бы в различных зеркалах, которыми являются другие члены группы. Информация, которую пациент получает прямо или косвенно от других участников группы, часто противоречит или не согласуется с существующим образом «Я», и задача психотерапии заключается в расширении его путем интеграции полученной информации, создавая для этого соответствующие условия.

Расширение (или формирование) образа «Я» за счет интеграции содержания обратной связи является процессом, присущим не только психотерапии, но и формированию человеческой личности. Известно, что развитие отношения к себе, становление самооценки, образа «Я» в целом происходит у ребенка под воздействием отраженных оценок окружающих. Групповая психотерапия использует этот же механизм для коррекции неадекватного представления о себе и самопонимания в целом. Научение в процессе групповой психотерапии осуществляется прямо и косвенно. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и таким образом создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, поведения, позволяет вычленив в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания. Групповая ситуация является ситуацией иного, реального, эмоционального межличностного взаимодействия, что в значительной степени облегчает отказ от неадекватных стереотипов поведения и выработку навыков полноценного общения. Эти перемены подкрепляются в группе, пациент начинает ощущать свою способность к

изменениям, которые приносят удовлетворение ему самому и позитивно воспринимаются окружающими.

**МЕХАНИЗМЫ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ.** Под *семейной психотерапией* принято понимать комплекс психотерапевтических приемов и методов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи. Семейная психотерапия является разновидностью *групповой психотерапии*, поэтому многие психотерапевтические техники, применяемые в работе с семьями, относятся к приемам групповой психотерапии (Kratochvil S., 1990).

Основными механизмами лечебного действия семейной психотерапии считаются эмоциональное сплочение и поддержка и *обратная связь* (Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976, и др.). Если эмоциональное сплочение возникает через сопоставление индивидуальных целей у членов семьи, обмен мнениями, надеждами и опасениями и устойчиво прослеживается на всех этапах семейной психотерапии, то обучение членов семьи обратной связи происходит после завершения присоединения психотерапевта к семье как целостной системе. Способность членов семьи давать и принимать неискаженную обратную связь, как показали исследования С. И. Чаевой (1994), Э. Г. Эйдемиллера (1994), является свидетельством «созревания» семьи и перехода в психотерапии от этапов присоединения и формулирования психотерапевтического запроса к этапу реконструкции семейных отношений.

В семейной психотерапии, так же как и в групповой, имеют место следующие механизмы лечебного действия:

- 1) эмоциональное сплочение и поддержка;
- 2) отреагирование (приобретение навыков соответствующего адресования и проявления эмоций, особенно отрицательных);
- 3) получение обратной связи от участников психотерапии;
- 4) предоставление обратной связи;
- 5) универсальность;
- 6) коррективная рекапитуляция основной семейной группы;
- 7) *научение* (обмен опытом решения проблем);
- 8) идентификация;
- 9) *инсайт*, осознание экзистенциальных аспектов бытия;
- 10) альтруизм.

Ранжирование механизмов лечебного действия произведено на основе опроса 266 участников психотерапии из 88 семей. Наиболее важными механизмами, которые формируются первыми и оказывают самое интенсивное влияние на коррекцию дисфункциональных отношений в семьях, признаны первые четыре.

В качестве механизмов лечебного действия рассматривается и ряд других, специфичных для семейной психотерапии. В последнее десятилетие разработана технология присоединения психотерапевта к семье как к системе и к отдельным ее членам, которая существенно катализирует процесс семейной психотерапии:

- 1) установление конструктивной дистанции;
- 2) приемы мимезиса и синхронизации дыхания психотерапевта и заявителя проблемы;
- 3) присоединение по просодическим характеристикам речи к заявителю проблемы и использование в речи предикатов, отражающих доминирующую репрезентативную систему этого заявителя;
- 4) принятие психотерапевтом «*семейного мифа*» и сохранение семейного статус-кво, т. е. публичного защитного образа и той структуры семейных ролей, которые демонстрирует семья во время психотерапии.

Эти действия психотерапевта способствуют снижению уровня эмоционального напряжения и тревоги, которые есть у членов семьи, впервые решившихся на раскрытие семейных тайн объективному наблюдателю (Minuchin S., 1974; Satir V., 1988; Эйдемиллер Э. Г., 1994). Разработана технология формулирования психотерапевтического запроса, создающая условия для резонанса целей, паттернов эмоционального реагирования у участников психотерапии, вследствие чего катализируется сам процесс семейной психотерапии. Использование парадигмы системного подхода способствовало изменению роли семейного психотерапевта: из роли объективного, директивного, принимающего и отстраненного

интерпретатора он перешел в роль директивного, эмпатичного и отстраненного, но включенного в контекст семейных отношений в качестве одного из его элементов. Этот элемент имеет личностный и профессиональный ресурс и устанавливает связи между другими элементами семейной системы путем инициатив, инструкций, исходя из требований психотерапевтического запроса. Эти инициативы психотерапевта адресованы представителям разных подсистем семьи с целью активизации их деятельности и тем самым ослабления активности других подсистем. Психотерапевт также создает условия для того, чтобы члены семьи устанавливали такие внешние и внутренние границы, при которых был бы возможен свободный обмен энергией и информацией. Такие действия психотерапевта вызывают в семейной системе сильные флюктуации, в результате которых семейная система пробует усложнять и дифференцировать свой опыт приспособительного поведения.

Исследования, проведенные в последние годы, показали, что резонанс целей, достигаемый в процессе психотерапии, проработка целеполагания («создание рамки *психотерапевтических целей*» на фоне трансовых изменений сознания) также относятся к эффективным механизмам лечебного действия в семейной психотерапии и консультировании (Эйдемиллер Э. Г., 1994).

**МОДЕЛИРУЮЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Разработана Бандурой (Bandura A.) и его сотрудниками на основе его же теории *научения*. Последняя явилась обобщением работ по подражательному научению, имитации, идентификации, *социальному научению*, социальному облегчению, индуцированному поведению.

Теория научения Бандуры может быть отнесена к когнитивно-социальным концепциям, поскольку автор для объяснения обучения новому поведению и преобразования имеющихся стереотипов поведения использовал понятие когнитивных схем — промежуточных переменных, определяющих реакцию на стимул, а также учитывал социальные условия, в которых происходит научение. Для этой когнитивной теории научения, так же как и для других, характерно выделение двух фаз: фазы приобретения какого-либо стереотипа поведения и фазы исполнения данного стереотипа. В первой фазе у человека формируются когнитивные схемы. Для этого достаточно лишь обучения с помощью наблюдения. Схемы могут формироваться и впоследствии храниться на когнитивном уровне без реализации. К хранению информации имеют отношение две системы: образная и вербальная. При этом важную роль играет процесс скрытого упражнения, осуществляемого на чисто когнитивном уровне, преимущественно в одной из двух указанных систем (образной или вербальной). Поэтому упражнения, выполняемые на когнитивном уровне (когнитивное моделирование), играют важную роль в М. п.

Бандура установил, что *подкрепление* играет существенную роль не в фазе приобретения, а лишь в фазе исполнения.

При рассмотрении научения с помощью модели как процесса целесообразно выделить несколько функций, которые должны быть освоены.

1. Наблюдатель приобретает новый стереотип поведения, который отсутствовал ранее в его репертуаре.

2. Наблюдение за моделью укрепляет или ослабляет определенные стереотипы поведения. Наблюдение позитивных следствий определенного поведения укрепляет эти стереотипы, и наоборот.

3. Наблюдение за моделью повышает функцию дискриминации раздражителя, имеющего характер положительного или отрицательного подкрепления.

С помощью методик моделирования решаются следующие задачи: построение новых стереотипов поведения, угашение имеющихся неадаптивных стереотипов, облегчение проявления слабо представленных в репертуаре пациента стереотипов.

При использовании методики символического моделирования ставится задача видоизменения стойкого стереотипа поведения с постепенной заменой его другим в воображении. Методика «шейпинг» позволяет сформировать и укрепить альтернативное поведение с помощью ряда поэтапных малых шагов. При модификации сложного стереотипа пациент обучается в процессе многократно выполняемых действий-проб, сравнивая свои достижения с моделью как с эталоном. Обычно используется методика *терапии фиксированных ролей Келли* (Kelly G. A.). Пациент неоднократно решает одну и ту же задачу, все время модифицируя свое поведение, пока не будет освоено несколько оптимальных способов достижения цели, после чего тренировки переносятся в повседневную жизнь.

Стойкость выработанного нового стереотипа поведения проверяется и укрепляется в условиях нарастающего давления со стороны участников *тренинговой группы*, мешающих пациенту достичь выбранной цели.

С точки зрения М. п. в ходе наблюдения за моделью часто возникают и эмоциональные реакции. Поэтому технические приемы модификации эмоциональных состояний (сходные с предыдущими) разработаны для угашения симптомов, в структуре которых аффективные негативные нарушения являются доминирующими (фобии, тревога, депрессия), или для укрепления позитивных эмоций, таких как радость, хорошее настроение, сексуальное возбуждение и др. Примером подобной методики является контактная десенсибилизация, при которой модель выполняет желательные стереотипы поведения нарастающей трудности. Задача пациента состоит в следовании за моделью. В случае затруднений желательный стереотип выполняется психотерапевтом и пациентом одновременно и только в дальнейшем самостоятельно пациентом.

**МОЛЧАНИЕ В ГРУППЕ.** Одна из проблемных ситуаций в *психотерапевтической группе* или прием, используемый психотерапевтом. В качестве последнего молчание может быть направлено на достижение оптимального уровня *напряжения в группе*, остановки дискуссии для того, чтобы участники могли обдумать новую информацию, зафиксировать внимание на собственных переживаниях, что-то переосмыслить, переоценить и пр.

Молчание в психотерапевтической группе как проблемная ситуация возникает довольно часто и характеризуется различной продолжительностью: от кратких пауз в процессе дискуссии до относительно длительных периодов молчания (10-20 минут). М. в г. может вызывать тревогу, страх, неуверенность, пассивность, замкнутость, агрессивность, *сопротивление*, быть выражением протеста или усталости, способствовать росту напряжения или расслаблению. Вопрос о продуктивности или непродуктивности М. в г. связан прежде всего с уровнем напряжения. Продолжительное М. в г., как правило, вызывает рост напряжения (одновременно оно может являться и следствием последнего) и свидетельствует о наличии внутригрупповых проблем и конфликтов, что может быть продуктивно использовано в качестве ценного материала в процессе психотерапии. Однако слишком длительное М. в г. приводит к падению напряжения, так как пациенты в конце концов могут отвлечься от актуальной групповой ситуации и погрузиться в собственные мысли, воспоминания, переживания, не связанные с групповым процессом, или просто расслабиться и ни о чем не думать. Определить четкие временные границы продуктивного молчания не представляется возможным (это зависит от актуальной групповой ситуации), однако обычно этот период не превышает 10 минут.

М. в г. может рассматриваться как продуктивное, если оно вызывает оптимальный уровень напряжения в группе и связано: а) с поиском участниками группы актуальной темы дискуссии и подходов к ней (часто такая ситуация возникает в начале психотерапевтического занятия), б) с неуверенностью, тревогой, страхом перед самораскрытием и обсуждением собственных проблем и конфликтов, в) с необходимостью перехода на более глубокий уровень обсуждения проблемы, г) с внутригрупповыми конфликтами, д) с недостаточной степенью групповой сплоченности, отсутствием необходимого уровня поддержки, принятия и безопасности, е) с тупиковой, с точки зрения пациентов, ситуацией в группе, ж) с новой информацией, которую членам группы необходимо переработать, и т. д. М. в г. является продуктивным только в том случае, если в дальнейшем ее участники говорят о своих чувствах, возникших в этот период, анализируют их и обсуждают их причины и причины молчания. Обычно *групповой психотерапевт* сам не прерывает молчания (в особенности это относится к молчанию в начале психотерапевтического занятия). Конструктивное вмешательство психотерапевта в подобных ситуациях предполагает концентрацию внимания группы и ее активности на обсуждении чувств пациентов, смысла и причин молчания или собственный комментарий психотерапевта. Групповой психотерапевт должен контролировать периоды М. в г., понимать его смысл, значение и причины, а также четко представлять собственные цели и задачи при использовании М. в г. в качестве приема.

См. также *Групповая психотерапия, Фазы развития психотерапевтической группы*.

**МОРЕНО** Джекоб Леви (Moreno J. L., 1892-1974). Автор *психодрамы*, метода *групповой психотерапии*. Родился в Румынии, образование получил в Вене, где в 1917 г. защитил диссертацию. С 1919 по 1927 г. работал психиатром в Австрии, сформулировал принципы групповой психотерапии,



основанные на социометрии, изучении межличностных отношений в группе людей. М. ввел термин «социатрия» — представление о неправильной организации групп и о том, как контролировать отклоняющееся групповое поведение (аналогично психиатрии). В 1927 г. М. переехал в США, где работал психиатром и был известным специалистом по психодраме. С 1936 г. до самой смерти заведовал санаторием Морено в Нью-Йорке. Между 1929 и 1936 гг. основал Театр спонтанности в Вене, Театр импровизации и Терапевтический театр в Нью-Йорке. В 1964 г. М. был избран почетным президентом Первого международного конгресса по психодраме. Он преподавал в Колумбийском университете в Нью-Йорке, читал лекции во многих других университетах Америки и Европы, включая Чехословакию, Венгрию и Советский Союз. М. основал Американское общество групповой психотерапии и психодрамы, способствовал изданию журналов «Социометрия и групповая психотерапия» и «Международный журнал социометрии и социатрии». В 1946 г. вышли в свет три тома его «Психодрамы», а в 1966 г. — «Международное пособие по групповой психотерапии».

М. был противником *психоанализа Фрейда* (Freud S.), считая его искусственным миром снов и слов, возникающим в кабинете. Он делал упор на действия и поведение в естественных условиях, относя сюда и методы ролевого *тренинга*. Психодрама основана на встрече (энкаунтер), главным принципом которой является антимимесис (антиподражание). Динамические процессы в психодраме возникают из-за двух противоположных тенденций: встреча (энкаунтер) является аспектом антимимесиса, театрализация подразумевает подражание (мимесис). Предметом встречи, психодрамы является сам человек, которого М. называет «Ты». Цель состоит в том, чтобы обнаружить истину, при помощи «драмы» проигрывая разные чувства.

М. считал, что психодрама «помогает протагонисту построить мост между ролью, которую он играет, и его повседневным существованием, выйти за пределы реальной, обычной жизни, почувствовать всю глубину существования, подойти насколько возможно близко к высочайшей форме встречи (энкаунтера), на какую он только способен... достичь высочайшей точки существования... глубочайшей сущности жизни...» Для психодрамы необходимы 5 элементов: сцена, субъект/пациент, режиссер, группа для психотерапевтической помощи, или добавочные Эго, и аудитория.

Субъект/пациент изображает самого себя на сцене, проигрывая роли, которые можно применить к прошлым событиям и к настоящим проблемам. Происходит это спонтанно; основная задача — дать субъекту возможность «быть на сцене тем, кем он действительно является, более глубоко и определенно, чем это получается у него в повседневной жизни». Режиссер выполняет роль постановщика, психотерапевта и аналитика, интерпретируя драму иногда для актеров, иногда для зрителей. Вспомогательные Эго, или терапевтические актеры, выполняют 3 функции: играют различных персонажей в жизни субъекта, направляют его, играют роль «социальных исследователей». Аудитория состоит из родственников и соседей субъекта и преследует двойную цель: помочь субъекту или стать субъектом в смысле обмена ролями.

Можно использовать различные варианты психодрамы. В психотерапевтическом монологе пациент проигрывает чувства, возникающие у него в реальной ситуации. Так как в действительности люди не могут наблюдать эти чувства, они не реагируют на поведение пациента. В множественном дублировании несколько других актеров проигрывают роль пациента, но в разные периоды его жизни. Один из них может представлять пациента в данный момент, другой — 5 лет назад, третий — в период жизненного кризиса. В упражнении «зеркало» пациент включается в группу и наблюдает кого-то, кто принял на себя его роль.

М. утверждал, что он добился большего *катарсиса* и эмоционального облегчения, которые, по крайней мере, частично разрешают психологические проблемы, при помощи психодрамы, чем это делал Фрейд, лишь разговаривая с пациентом. Для М. игра — ключ к реальности.

**МОРИТА-ТЕРАПИЯ.** Основные теоретические положения, которые легли в основу этого метода психотерапии, были изложены в книге Морита (Morita S.), изданной в Японии в 1921 г.

В концепции автора, испытавшего на себе огромное влияние японской культуры, центральным является понятие личности шинкейшицу. В личности шинкейшицу находит отражение специфика межличностных отношений в Японии: взаимная зависимость людей, пронизывающая всю жизнь народа, — семью, школу, общину, политические партии и т. д. Эта взаимозависимость формировалась под воздействием географического многоостровного положения страны, народ которой периодически

страдал от тайфунов, землетрясений, а в прошлом и от голода. Только в коллективных усилиях и взаимопомощи жители страны находили защиту от стихийных бедствий и отстаивали свое право на жизнь. В то же время необходимость в постоянной поддержке усиливала зависимость людей друг от друга. Чувство безопасности строилось на высокой чувствительности индивида и непременном учете им чувств окружающих его людей. Оскорбляя чувства других, индивид рисковал остаться в трудную минуту без помощи. Условием целесообразного поведения становилась поэтому необходимость производить хорошее впечатление на окружающих. Чтобы избежать напряжения, которое в этих специфических социокультурных условиях может стать для большинства людей источником постоянного стресса при общении, были выработаны многочисленные, близкие к ритуалам формы общественного поведения.

В таких условиях у человека с определенной предрасположенностью может возникнуть боязнь отношений с людьми, боязнь людей, проявляющаяся, в частности, в напряженном выражении лица и его легком покраснении, избегании чужого взгляда, запинках в речи и заикании. «В этих симптомах, — считает Морита, — нет ничего странного или патологического. Это реакции, свойственные всем, но, поскольку вы воспринимаете их как болезненные, они становятся таковыми». Особенно страдают от этих симптомов индивиды с чертами личности шинкейшицу. Сам автор ограничивал применение своей системы психотерапии лицами только этого типа. В современной японской психиатрии термин «шинкейшицу» обозначает лишь особый тип личности, а в случае, когда хотят подчеркнуть характерные для этой личности болезненные расстройства, используют термин «шинкейшицу-шо». Тип личности шинкейшицу противоположен истерическому типу (которому М.-т. не показана). Основные характерные особенности личности шинкейшицу: большая жизненная сила и воля (часто неосознаваемые человеком, поскольку они направлены главным образом на самосохранение); своеобразное мышление по типу «или—или», «все или ничего» и т. д., поэтому шинкейшицу концентрирует все внимание на своих психических и физических качествах и становится крайне чувствительным ко всему, что их касается, отсюда склонность к ипохондрическим образованиям как главная характеристика шинкейшицу. При заострении указанных черт формируется личность со следующими особенностями: стремлением к «абсолютной безопасности», «безупречному состоянию здоровья» — основным стандартам жизненных ценностей; стремлением к абсолютам — через поиски совершенного, наилучшего; эгоцентрическими тенденциями — в виде занятости самим собой. Личность шинкейшицу — это индивид, наделенный жизненными силами, направленными на самосохранение (не всегда на саморазвитие), со стремлением к психическому и физическому совершенству, поскольку в противном случае его безопасность оказывается под угрозой. Очевидно, что такая личность не может быть устойчивой перед лицом опасности.

В механизмах развития патологических расстройств большое значение приобретает механизм «порочного круга» или «порочной спирали»: ипохондрическая предрасположенность -> благодатная почва -> неправильная переработка психофизиологических функций -> ипохондрический страх -> фиксация на симптомах -> отсутствие попыток ликвидировать симптомы -> гиперчувствительное состояние -> хронический страх -> ипохондрический страх -> фиксация на симптомах и т. д. Комплекс болезненных расстройств, характерный для личности шинкейшицу, включает ипохондрические расстройства, пароксизмальные сердечные нарушения и фобии (главным образом, страх перед взаимоотношениями с людьми и производный страх — «боязнь чужого взгляда», а также нозофобия, агорафобия, клаустрофобия и др.).

В соответствии с указанным пониманием личности шинкейшицу и механизма патологических расстройств Морита связывал психотерапевтический эффект с изменением личности. Это изменение достигается не с помощью вербального общения, а путем использования личного, непосредственного опыта в процессе действий.

М.-т. включает в стационарных условиях 4 этапа, или стадии.

Первая стадия — 4-8 дней. Период абсолютного покоя, отдыха, изоляции при постельном режиме. Больной лежит один в комнате и встает только для еды и в туалет. Не разрешается разговаривать (даже с врачом), читать, писать, курить, петь и т. д. Вначале больной испытывает некоторое улучшение, потому что находится под наблюдением врача и вне ситуации, вызывающей беспокойство. Но вскоре (через 2-3 дня) его симптомы обостряются с новой силой. В специфической

«ситуации пациента» у него не остается другого выбора, как только принимать свои психологические и физиологические болезненные расстройства как неизбежную реальность и жить с ними. Это ощущение является для него новым, поскольку раньше ему не представлялось возможности непосредственно сталкиваться со своими симптомами и выносить их. Новым является также и то, что вслед за борьбой с максимальным проявлением расстройств наступает улучшение, и пациент приходит к мысли, что сумел пережить самое худшее. На основании своего нового опыта он начинает понимать, что даже самые неприятные болезненные проявления, казавшиеся ему непереносимыми, проходят, если дать им возможность идти своим естественным путем, не отрицая их как нечто чуждое, а принимая как часть собственной жизни. Восстанавливаются силы, которые больной тратил на попытки отрицания или избегания своих симптомов. Он становится более целостной личностью. В этой стадии пациент испытывает и вспышки духовных жизненных сил (просветление, сходное с сатори — состоянием наивысшего духовного блаженства в дзэн-буддизме). Он осознает, как долго находился в состоянии пассивности, возникает желание действовать, и врач должен быть готов к появлению этой потребности.

Вторая стадия — 5-10 дней легкой работы (в саду, на уборке и т. п.). После затворничества покинуть свою комнату — приятная перемена для больного. Работать он должен без передышки, чтобы осознать рабочее «Я». По-прежнему ни с кем не разговаривает. Выполняемая работа занимает все его внимание, он поглощен ею. Врач говорит ему: удовольствие есть удовольствие, боль есть боль, действительность нужно воспринимать как она есть, как реальность. Интроспективные тенденции и застенчивость уменьшаются. В дневнике, который начинает вести больной, врач несколькими фразами отмечает изменение состояния своего пациента.

Третья стадия — 5-14 дней умеренной или даже тяжелой работы, которая требует от пациента больше сил и терпения. Потеря интереса к работе закономерна; тем не менее, воспринимая ее как вызов, он испытывает также чувство удовлетворения после ее выполнения. Укрепляются физические и психические силы пациента, повышается уверенность в себе, появляется установка делать все настолько хорошо, насколько это возможно, насколько позволяют обстоятельства; он не должен стремиться к безупречной работе, достижению недостижимых идеалов; он меньше занимается собой.

Четвертая стадия — 14-21 день. Пациент начинает сталкиваться с реальной повседневной жизнью. Ему разрешается говорить с другими больными, но не о своей болезни. Если раньше, на предыдущих этапах, терапия была направлена на создание у больного нового отношения к своим симптомам и на развитие спонтанного интереса и стремления к деятельности, изживая таким образом тенденции шинкейшицу, то цель последнего этапа — подготовка его к жизни, к возвращению в общество. Дневник заполняется положительными эмоциями, пациенту поручаются задания, за которые он несет ответственность и которые должен выполнять независимо от своего отношения к ним. Теперь можно читать, но немного и только о предметах практических.

После завершения М.-т., представленной в указанных четырех стадиях, у пациента вырабатывается реалистическое спонтанное отношение к жизни. Новый опыт, полученный во время работы, позволяет ему преодолеть стремление к максимализму. Шинкейшицу трансформируется в более динамичную, продуктивную личность.

М.-т. показана при ипохондрическом неврозе, неврозе страха, неврозе навязчивых состояний, а также психогенных реакциях, возникающих у гиперсенситивной акцентуированной личности. Противопоказана при истерическом неврозе и состоянии с гипобулическим компонентом.

Система Морита представляет собой попытку соединения психотерапии (в ее медицинской модели) с учением дзэн-буддизма, хотя сам автор утверждал, что его теория и терапия не имеют ничего общего с идеями дзэн. Определенное сходство тем не менее существует, на что указывает большинство авторов. Так, Морита подчеркивает преходящий характер психических явлений у человека, так же как и Доген (Dogen) — основатель секты содо («Изучающие дзэн, — говорит Доген, — должны начинать с осознания преходящего характера мировых явлений»). Морита большое значение придает опыту. «Нет необходимости искать правду, просто отбросьте концепции, и правда придет» (по дзэн). Уже указывалось, что на первом этапе М.-т. пациент по собственной воле изолируется от внешнего мира и находится наедине с самим собой. Когда ученик сидит со скрещенными ногами в позе лотоса и сосредоточивается на своих проблемах, ему также не позволяют разговаривать, даже с учителем. Отношение к труду близко в М.-т. и в дзэн-буддизме.

Указывается на связь между М.-т. и экзистенциальным анализом. Однако, как отмечают Каваи и Кондо (Kawai H., Kondo A., 1960), М.-т. более реалистична, чем терапия, основанная на экзистенциальном анализе.

На Западе наряду с интересом к психотерапевтическим методам экзистенциально-гуманистического направления возрастает интерес также к М.-т. Однако тесная связь теории и практики этого метода с японской культурой, сугубо национальный ее характер являются известным препятствием на пути интеграции М.-т. в западную психотерапию. Насколько она применима в этих социокультурных условиях — покажет будущее.

**МОТИВАЦИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ.** Основные концепции, в которых нашли отражение значение и структура мотивационного фактора в психотерапии, можно свести к 3 основным группам:

1. Концепции психоаналитические, в основании которых представления *Фрейда* (Freud S.) о «давлении страданий» как о предпосылке, заставляющей пациентов прибегнуть к психотерапии. Двигателем психотерапии в этом случае являются страдания пациентов и возникающее из-за них стремление к выздоровлению. Мотивация к психотерапии вызывает у пациента активные действия в терапевтическом направлении, хотя конструктивным переменам может противодействовать «вторичный выигрыш от болезни». Согласно этой модели, перемены возможны только тогда, когда мотивация к психотерапии оказывается сильнее, чем условная желательность заболевания.

Концепция Фрейда в качестве основной предпосылки и детерминанты в структуре мотивации к психотерапии не утратила своего значения до настоящего времени. Более дифференцированно, чем Фрейдом, эта проблема рассматривалась Доллардом и Миллером (Dollard J. A., Miller N. E., 1950). Согласно их модели, тенденция уклонения от психотерапии обуславливается гордыней, стыдом перед признанием того факта, что человек не может самостоятельно решить свои проблемы, неприятным чувством беспомощности, страхом перед отношением окружающих. Стремление к лечению обусловлено страданиями, ограничениями вследствие нарушений, желанием перемен, собственной постановкой целей и, не в последнюю очередь, давлением со стороны партнеров по социуму, общению.

2. В *клиент-центрированной психотерапии Роджерса* (Rogers C. R.) М. в п. определяется желанием человека реализовать себя, свои способности, выявить все возможности организма и оказать на него стимулирующее действие. Даже если из-за различных обстоятельств стремление к самопознанию, личностному росту не приносит успеха, каждый человек, согласно Роджерсу, обладает этим стремлением к самореализации. Поэтому в процессе психотерапии следует создавать такие условия, которые максимально облегчают самореализацию. Такое понимание М. в п. также соответствует модели Фрейда. И у Роджерса стремление к идеалу собственного «Я» является двигателем изменения и лечения. Но, в противоположность Фрейду, этот двигатель предстает в виде силы, которая развивается и исцеляет, тогда как у Фрейда М. в п. понимается как фактор, помогающий пациенту подвергнуться лечению за счет уменьшения «вторичного выигрыша от болезни».

3. В концепциях, основанных на представлениях из области *поведенческой психотерапии*, М. в п. рассматривается в известном смысле как явление само собой разумеющееся и необходимое и сводится лишь к предпосылке успеха психотерапевтического процесса. Никакой завершенной концепции М. в п. бихевиорально-ориентированные психотерапевты не предлагали, однако в последнее время они все чаще подчеркивают значение М. в п. И прежде всего внимание акцентируется на мотивирующей функции беседы с пациентом, основные ориентиры которой — прояснение терапевтических ожиданий больного и побуждение его к активному участию в терапевтическом процессе. Особое значение М. в п. приобрела в связи с усилением внимания к познавательным процессам и посредничеству познавательных механизмов в психотерапии. При использовании методов и приемов поведенческой психотерапии залог успеха — самостоятельная и направленная активность больного. В основе лежит идея, что пациенты, которые активно участвуют в составлении терапевтического плана и понимают основное содержание процесса лечения, способны к особенно благоприятной мотивации перемен.

Таким образом, психотерапевты различных школ рассматривают мотивацию к психотерапии своих пациентов как необходимую предпосылку для лечения, а при ее моделировании между разными школами отсутствуют существенные различия (Kunzel R., 1982).

Общая стратегия поведения психотерапевта в случае недостаточной мотивации выглядит по Волбергу (Wolberg L. R.) следующим образом: *осознание* и отражение негативных чувств пациента по

поводу терапии психотерапевта; указание на то, что эти чувства понимаются и принимаются; выражение нейтрального отношения к тому, насколько необходима пациенту психотерапия, до тех пор, пока не станет известно больше информации о проблемах пациента; когда необходимые психотерапевту факты будут известны, он может выразить мнение, что пациенту может понадобиться курс терапии и что он может получить пользу от этого. Попытка установить побудительный мотив для психотерапии: сочувствие переживаниям пациента, если пациент продолжает отрицательно относиться к терапии или отказывается рассказывать о себе, а также попытка справиться с тем, что находится за пределами его чувств; работа над неправильным представлением пациента о психотерапии, причем на вопросы следует давать максимально прямые ответы; удерживаться от «продажи» пациенту терапии, уважая мнение, которое примет пациент по отношению к терапии; принятие пациента, даже если он согласился на терапию из-за внешнего давления или по другим причинам.

Для пациентов мотивация к психотерапии выполняет прежде всего функцию поддержки: перед началом лечения ее усиливает стремление получить информацию о том, где можно лечиться; в начале лечения она помогает пациенту освоиться со своим положением и избавиться от несбыточных ожиданий; в процессе лечения она помогает пациенту переносить напряжение, трудности и перемены, обусловленные психотерапией, и не отступать при неудачах. Для психотерапевтов мотивация пациентов к терапии выполняет прежде всего прогнозирующую функцию: прогноз успеха излечения тем благоприятнее, чем сильнее оказывается мотивация к психотерапии по отношению к стремлению избежать лечения (вызванному в первую очередь «вторичным выигрышем от болезни»); это имеет значение, однако, только в случае, когда у пациента отсутствует очень сильная мотивация к психотерапии. Проводя психотерапию, врач по мере сил укрепляет мотивацию пациента, создавая предпосылки для конструктивных перемен.

**МОТИВИРОВАННОЕ ВНУШЕНИЕ ПО ИВАНОВУ.** Относится к гипносуггестивным методам психотерапии. Предложено Н. В. Ивановым (1959) в качестве вспомогательного метода в случаях, когда *психотерапевтические беседы* не дают быстрых ощутимых результатов или если больные нуждаются в том, чтобы встречи с психотерапевтом носили характер определенного лечебного мероприятия, лечебной «процедуры». В методике используется логически обоснованное «мотивированное внушение во внушенном сне» (*Бехтерев В. М.; Лёвенфельд (Lowenfeld I.)*), применявшееся К. И. Платоновым.

Преимуществом метода, по сравнению с императивным, «отменяющим» психологическую симптоматику гипносуггестивным приемом, по словам Н. В. Иванова, является его применимость не только в сомнамбулической, но и в любой стадии гипнотического сна, что значительно расширяет его показания и возможности использования. Основные особенности метода заключаются в его поэтапном характере. На первом этапе психотерапевт должен добиться хорошего контакта с больным и определенной психотерапевтической податливости с помощью седативной *гипнотерапии*. Уже после 3-4 сеансов наступает некоторое улучшение состояния больного, а психотерапевт получает представление о степени внушаемости больного, о его наиболее трудно поддающихся устранению симптомах, о конкретных обстоятельствах его жизни, поддерживающих невротическое состояние. На следующем этапе лечения, с учетом полученного на первых сеансах материала, применяется система мотивированных *внушений*, т. е. внушений, логически обоснованных, убеждающих, разъясняющих закономерную необходимость наступления улучшения ввиду принципиальной обратимости заболевания. Общий план построения системы мотивированных внушений совпадает с проведением *активной психотерапии по Иванову*. Сначала внушение направлено на устранение страхов и опасений больного, связанных с тяжестью его заболевания, и на переключение внимания на различные признаки улучшения состояния. Затем следует внушение более спокойного реагирования на патогенные обстоятельства жизни больного, мешающие выздоровлению. И далее, во все более возрастающей степени, подчеркивается необходимость активного противодействия болезненным страхам и активного выполнения больным всех мероприятий, способствующих улучшению. В отличие от методики активной психотерапии, психотерапевт высказывает свои мысли не в форме обсуждения, дискуссии с больным, а в виде логически обоснованных итоговых формулировок, обобщающих материал, полученный при очередном посещении больного.

**МУЗЫКАЛЬНАЯ РЕЛАКСАЦИОННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПО ЗАВЬЯЛОВУ.** М. р. т. п. 3.

— вариант музыкальной психотерапии, при котором главной целью является достижение состояния мышечной *релаксации* и психического успокоения с помощью прослушивания специально подобранной музыки и особой техники работы с пациентом (Завьялов В. Ю., 1995).

В основе М. р. т. п. З. лежит эффект незавершенных действий, описанный Б. В. Зейгарник. По автору метода релаксационной музыкальной психотерапии, в случае незавершения какого-либо действия (остановка в движении к цели, фиксация на препятствии и поиск лучших путей реагирования и приспособления, поиск решения и т. п.) возникает психическое (психоэмоциональное) напряжение. М. р. т. п. З. «позволяет человеку символически (метафорически), на уровне чувств или образности создать модели выхода из состояний напряженности и пережить «разрядку» непосредственно как реальный, ощутимый физически, протекающий в реальном времени процесс. Музыкальная программа является «метафорическим сообщением» о новых возможностях справиться с трудными психологическими состояниями, «приглашением» войти в новое психологическое пространство (музыкальное переживание) и «навигатором» — средством ориентации и выбора оптимального «курса» прохождения через ограничения и стереотипы мышления, мешающие человеку пережить новый опыт» (Завьялов В. Ю., 1995).

Важнейшее условие эффективности М. р. т. п. З. — построение «терапевтического контекста» взаимоотношений между врачом и его пациентом. Музыкальная программа является только средством психотерапии. Для того чтобы это средство «работало», врачу необходимо точно диагностировать проблему пациента, проводить предварительное начальное обучение и создавать терапевтические ожидания и перспективы, вместе с пациентом выбирать достижимые цели, обеспечивать «доступ к ресурсам» пациента, грамотно анализировать сопротивление разрядке и расслаблению.

Методика М. р. т. п. З. предполагает следующие этапы: предварительное обучение, основной процесс, «психотерапевтическая разработка», посттерапевтическое обучение.

На предварительном этапе проводится первичное интервью, обучение пациента принципам релаксации и музыкальной разрядки, создается установка и готовность пациента испытать «музыкальное переживание». На этом этапе также осуществляется выбор музыки. Автор рекомендует применять созданные им музыкальные программы, либо создавать иные музыкальные программы, включающие музыкальные композиции для релаксации и *медитации*. Пациент готовится не только к прослушиванию музыки, но и всего происходящего внутри себя. Для этого создаются условия безопасности и комфортные «психоакустические параметры звуковой атмосферы». В этой предварительной части М. р. т. п. З. психотерапевт является наиболее активным участником психотерапевтического процесса, а пациент является ведомым.

На этапе основного процесса прослушивается музыкальная программа совместно с врачом, самостоятельно и в группе.

Каждый вариант имеет свои достоинства и недостатки. Присутствие психотерапевта повышает значимость происходящего. Самостоятельное прослушивание чаще всего принимает характер домашнего задания, в этом случае М. р. т. п. З. является вспомогательным инструментом основного варианта психотерапии, например краткосрочной ее формы. Прослушивание музыкальных программ в группе может значительно усилить воздействие музыки, способствовать созданию особой атмосферы коллективного погружения и фантазирования, когда создаются и переживаются сходные образы, метафоры и эмоциональные состояния. Автор отмечает «погружение» в процесс музыкального восприятия, напоминающее состояние транса, для которого характерно отключение от внешних условий, состояние мечтательности и двигательного покоя, обращение внутрь себя. На этапе психотерапевтической разработки проводится процедура *вербализации* музыкальных переживаний. Она предполагает описание образов, возникших при прослушивании музыкальной программы, оттенков эмоционального состояния, а также более сложных процессов — «смыслообразов», переживания психической трансформации, самовосприятие собственной личности в целом, сложных личностных мотивов, ценностей и пр. Важным элементом этого этапа является фиксация позитивных изменений и суггестия желательных результатов. Автор также выделяется процедура так называемого «релакс-анализа» — совместный с пациентом анализ психических процессов в ответ на релаксацию при прослушивании музыкальных программ. Процедура «релакс-анализа» рассматривается автором как переработанная известная в психосоматической литературе методика «Relax-analitique» (Stephanos S.,

De M'Uzan G., 1976). При рассмотрении «релакс-анализа» как самостоятельного процесса в рамках музыкальной релаксационной психотерапии предполагается, что отношения между психотерапевтом и пациентом приобретают определенные закономерности. В частности, предусматривается рассмотрение следующих планов «релакс-анализа»:

- 1) «дозирование» (релаксация проводится поэтапно и последовательно);
- 2) «психомоторная активность» (поощрение активности пациента);
- 3) «собственно релаксация» (релаксация как способ достижения удовольствия);
- 4) «осознание дилеммы» (пациент приобретает опыт разделения ответственности за собственные эмоциональные переживания в момент релаксации);
- 5) «переживания табу инцеста» — решающий этап терапии — психотерапевт уходит как реальный объект, а пациент принимает всю ответственность на себя.

Задачей этапа посттерапевтического обучения является перенос терапевтических достижений в жизнь. На этом этапе М. р. т. п. З. пациенту даются задания, он продумывает собственные модели выхода из трудных ситуаций, преодоления остаточных явлений болезни.

Среди механизмов лечебного действия М. р. т. п. З. выделяются следующие: коммуникативные, психофизиологические, психодинамические эффекты, сдвиг локуса контроля, плацебо-эффекты.

Автор отмечает, что не предполагается определенной последовательности в применении тех или иных музыкальных программ. Более важным является индивидуальный план терапии. Иногда достаточно применения 2-3 программ, выбранных удачным образом, или прослушивания одной программы несколько раз. Как правило, в курсе лечения предусматривается 6-7 программ.

**МУЗЫКОТЕРАПИЯ.** Психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства.

Лечебное действие музыки на организм человека известно с древних времен. Первые попытки научного объяснения этого феномена относятся к XVII в., а широкие экспериментальные исследования — к XIX в. Большое значение музыке в системе лечения психически больных придавали С. С. Корсаков, В. М. Бехтерев и другие известные русские ученые. Подробный обзор литературы, посвященной различным аспектам М., представлен в работах Л. С. Брусиловского (1971), В. Ю. Завьялова (1995), Швабе (Schwabe Ch., 1974), Галинской (Galinska E., 1977) и др.

Выделяют 4 основных направления лечебного действия М.: эмоциональное активирование в ходе вербальной психотерапии; развитие навыков межличностного общения (коммуникативных функций и способностей); регулирующее влияние на психовегетативные процессы; повышение эстетических потребностей. В качестве механизмов лечебного действия М. указывают: *катарсис*, эмоциональную разрядку, регулирование эмоционального состояния, облегчение *осознания* собственных переживаний, *конфронтацию* с жизненными проблемами, повышение социальной активности, приобретение новых средств эмоциональной экспрессии, облегчение формирования новых отношений и установок.

М. существует в двух основных формах: активной и рецептивной. Активная М. представляет собой терапевтически направленную, активную музыкальную деятельность: воспроизведение, фантазирование, импровизацию с помощью человеческого голоса и выбранных музыкальных инструментов. Рецептивная М. предполагает процесс восприятия музыки с терапевтической целью. В свою очередь рецептивная М. существует в трех формах: коммуникативной (совместное прослушивание музыки, направленное на поддержание взаимных контактов, взаимопонимания и доверия), реактивной (направленной на достижение катарсиса) и регулятивной (способствующей снижению нервно-психического напряжения).

При *групповой психотерапии* М. применяется довольно широко. Чаще всего в лечебной практике используется рецептивная М. с ориентацией на коммуникативные задачи. Пациенты в группе прослушивают специально подобранные музыкальные произведения, а затем обсуждают собственные переживания, воспоминания, мысли, ассоциации, фантазии (часто проективного характера), возникающие у них в ходе прослушивания. На одном занятии прослушивают, как правило, 3 произведения или более-менее законченных отрывка (каждый по 10-15 минут). Программы музыкальных произведений строятся на основе постепенного изменения настроения, динамики и темпа с учетом их различной эмоциональной нагрузки. Первое произведение должно формировать

определенную атмосферу для всего занятия, проявлять настроения пациентов, налаживать контакты и вводить в музыкальное занятие, готовить к дальнейшему прослушиванию. Это спокойное произведение, отличающееся расслабляющим действием. Второе произведение — динамичное, драматическое, напряженное, несет основную нагрузку, его функция заключается в стимулировании интенсивных эмоций, воспоминаний, ассоциаций проективного характера из собственной жизни пациента. После его прослушивания в группе уделяется значительно больше времени для обсуждения переживаний, воспоминаний, мыслей, ассоциаций, возникающих у пациентов. Третье произведение должно снять напряжение, создать атмосферу покоя. Оно может быть спокойным, релаксирующим либо, напротив, энергичным, дающим заряд бодрости, оптимизма, энергии.

В процессе групповой психотерапии активность пациентов может стимулироваться с помощью различных дополнительных заданий, например: постараться понять, чье эмоциональное состояние в большей степени соответствует данному музыкальному произведению; из имеющейся фонотеки подобрать собственный «музыкальный портрет», т. е. произведение, отражающее эмоциональное состояние кого-либо из членов группы.

При групповой психотерапии используется и активный вариант М. Он требует наличия простейших музыкальных инструментов. Пациентам предлагается выразить свои чувства или провести диалог с кем-либо из членов группы с помощью выбранных музыкальных инструментов. Как вариант активной М. может рассматриваться хоровое пение. Исполнение музыкальных произведений психотерапевтом также имеет лечебный эффект, способствуя созданию доверительной, теплой атмосферы.

**МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЛАЗАРУСА.** Предложена группой авторов, специалистов в различных областях психотерапии, во главе с Лазарусом (Lazarus A. A.). Представляет собой метод обеспечения комплексности психотерапевтического обследования и воздействия. Основывается на положении, что любое психическое заболевание охватывает все важнейшие сферы человеческой психики (поведение, мышление, эмоции, соматику и т.д.), вызывая специфические для данных сфер нарушения. Взаимосвязь этих нарушений обуславливает резистентность каждого из них по отношению к психотерапевтическому воздействию. В соответствии с этим успешной является лишь система воздействий, направленных на нарушения, возникающие в различных сферах психики.

Метод BASIC-ID охватывает: поведение (В — behavior), эмоции (А — affect), ощущения (S — sensibility), представления (I — images), когниции (С — cognitions), взаимоотношения с другими людьми (I — interrelations), медикаментозную и другие зависимости (D — drugs).

Как правило, результатом диагностического обследования являются отдельные выводы и психотерапевтические мероприятия, направленные на коррекцию нарушений в каждой из перечисленных сфер.

Положительный опыт М. п. Л. отмечен при лечении сексуальных нарушений, депрессивных состояний, фобий, психосоматических расстройств, нарушений поведения у детей (Brunnell L. F., 1978; Roberts T. K. et. al., 1980). М. п. Л. противопоказана в случаях, когда столь интенсивное обследование приводит к перегрузке пациента, а также когда требуется узкоспециализированное воздействие.

**МЯСИЩЕВ** Владимир Николаевич (1893-1973). Видный русский ученый, психиатр и психолог. С момента окончания в 1919 г. Психоневрологического института в Петрограде и до последнего дня жизни его научная деятельность была связана с Санкт-Петербургским психоневрологическим институтом им. В. М. Бехтерева, которым он руководил более 20 лет, и с Санкт-Петербургским университетом, где он много лет возглавлял кафедру психологии.

Деятельность М., ученика В. М. Бехтерева и А. Ф. Лазурского, характеризовалась большой глубиной и широтой научных и общественных интересов. После смерти А. Ф. Лазурского М. закончил и подготовил к печати известный труд своего учителя «Классификация личностей». Его ранние работы были посвящены исследованию трудовой деятельности человека и трудовому воспитанию детей. В 1921 г. на 1-й Всероссийской конференции по научной организации труда и производства он обосновал необходимость особой научной дисциплины — эргологии, призванной комплексно изучать процессы труда на основе данных психологии, физиологии, педагогики и других наук.

Затем М. опубликовал целый ряд исследований в области нейрофизиологии. Особо следует отметить работы о типологии сочетательно-рефлекторной деятельности человека, соотношении



внешних, анимальных, и внутренних, висцерально-вегетативных, реакций, психогальваническом рефлексе. Крупные работы М. по изучению кожно-гальванических показателей нервно-психического состояния человека повлекли за собой широкое применение этого метода в физиологических и психологических исследованиях здоровых людей, а также для изучения механизмов лечебного действия и эффективности психотерапии в клинике. Важным направлением в научной деятельности М. являлось изучение индивидуально-психических особенностей человека, типов личности и характера. Ученый представлял себе личность и характер не как формально-динамическое, а как структурно-содержательное целое, определяемое условиями общественно-индивидуального развития. Исследования в этой области были обобщены в известной монографии (подготовленной совместно с А. Г. Ковалевым) «Психические особенности человека» (т. 1 — 1957, т. 2 — 1960). Широкую известность в нашей стране получила разработка М. проблемы отношений человека в норме и патологии. Предложенное им понимание отношений личности имело важное значение для психологии, медицины и педагогики. Признанием заслуг М. явилось избрание его членом-корреспондентом Академии педагогических наук.

Немало труда вложил М. в решение проблем медицинской психологии и связанных с этим задач в области гуманизации медицины. Неслучайно он стал первым председателем проблемной комиссии по медицинской психологии Академии медицинских наук страны. Исследования в области медицинской психологии были обобщены в книге «Введение в медицинскую психологию», написанной совместно с М. С. Лебединским (1966).

М. была разработана клинико-патогенетическая концепция неврозов человека, которая объясняла их возникновение и течение. При этом понимание неврозов основывалось на синтезе конкретных исторических условий развития человека и всех особенностей его личности, взаимоотношений с людьми, а также реакции на сложные обстоятельства в конкретной жизненной ситуации. В основу понимания невроза было положено напряжение конфликта при неадекватной попытке решения ситуации.

Логическим следствием создания М. концепции неврозов явилась разработка им системы патогенетически обоснованной психотерапии при этих заболеваниях (см. *Патогенетическая психотерапия Мясищевой*). Сущность системы заключалась в том, что проводимая терапия носила прежде всего психофизиологический и социально-педагогический характер, при котором больной вновь обретал смысл жизни посредством самоперевоспитания в ходе преодоления болезни. Учение М. о неврозах и психотерапии было обобщено в его классическом труде «Личность и неврозы» (1960), который первым был удостоен премии АМН им. В. М. Бехтерева и явился основой для дальнейшей разработки его учениками и последователями современной биопсихосоциальной концепции неврозов и системы их психотерапии.

См. также *Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова*.

## Н

**НАЙКАН-ТЕРАПИЯ.** «Найкан» (японск.) — саморефлексия, самонаблюдение. Медитативная форма психотерапии, разработанная в Японии Ишимом Йошимото, священником и бывшим коммерсантом. Цель ее — вызвать экзистенциальное сознание вины и одновременно ощущение того, что человек может получить любовь и заботу о себе, несмотря на собственное несовершенство.

От «найканша» (пациента) требуют в основном поразмышлять о собственном прошлом и сообщить свои мысли психотерапевту («сенсей»). По прибытии в найкан-центр пациент получает от психотерапевта краткую информацию о своем участии в психотерапии и прослушивает короткую магнитофонную запись-инструкцию. Через 30 минут он начинает применять найкан, сидя в углу (или лицом к стене) за ширмой. Пациент может принять любое удобное для себя положение на подушках, однако ему запрещено лежать из опасения, что он заснет.

Первая задача — поразмышлять о том, как он вел себя в младших классах по отношению к своей матери и что чувствовал при этом. Он должен подумать, что мать сделала для него (20% времени *медитации*), какие услуги он оказал ей (20%) и какие огорчения и заботы причинил ей (60%). Цель —

вызвать в памяти подробности о специфических событиях и способах поведения, характерных для этого времени. Через час или два появляется психотерапевт, делает поклон перед ширмой, открывает ее, кланяется еще раз и спрашивает пациента, о чем он думал. Пациент рассказывает, что он получал и что давал взамен, какие причинял заботы. В заключение он получает задание поразмышлять о себе и своих отношениях с матерью теперь уже в период старшего школьного возраста. Если не возникает вопросов, разговор завершается поклонами, и психотерапевт предоставляет пациенту возможность дальнейших размышлений.

В ходе каждого разговора психотерапевт благожелательно выслушивает пациента; после чего называет следующую тему, отвечает на вопросы и, возможно, иногда произносит слова ободрения, например: «Пожалуйста, поразмышляйте глубоко».

Обычно предметом рефлексии становятся 3-летние временные промежутки (у пациентов старшего возраста — 5- и 10-летние вплоть до настоящего времени).

Затем объектом размышлений становится отец — опять же с раннего школьного возраста вплоть до сегодняшнего дня. Подобным же образом размышляют о сиблингах, дядях и тетях, учителях, соучениках, начальниках, коллегах, супругах, детях и других референтных в жизни наиканша лицах. Могут также задаваться специальные темы, такие как ложь, воровство, нарушения дисциплины, азартные игры и выпивка.

Найкан-рефлексия длится в течение недели каждый день с 5 до 21 часа.

**НАПРАВЛЕННАЯ ДИНАМИЧЕСКАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ХЁКА** (die intendierte dynamische Gruppenpsychotherapie). Хёк (Hock K., 1977) — известный немецкий психотерапевт, организатор и многолетний руководитель Дома здоровья и психотерапевтического стационара «Хиршгартен» (Берлин).

Сохранив основную концепцию недирективного поведения психотерапевта, Хёк разработал вариант динамической *групповой психотерапии*, характеризующийся специфическими *фазами развития психотерапевтической группы*: 1-я — фаза «разогрева», или «ориентации»; 2-я — начальная, или фаза зависимости; 3-я — фаза «активирования»; 4-я — терапевтическая, или рабочая фаза; 5-я — заключительная фаза. Первые две фазы понимаются им как предгрупповые стадии.

В системе Н. д. г. п. Х. существенное значение имеют следующие теоретико-методические аспекты (Хёк, 1975).

1. Обязательным в Н. д. г. п. Х. является принципиально положительное отношение со стороны психотерапевта к отдельным членам группы и к группе в целом, которое состоит в благожелательности, уважении, признании и *эмпатии*; однако психотерапевт открыто не выражает это отношение.

2. Если при индивидуальном лечении в центре внимания находится симптоматика и проблематика индивида, т. е. психотерапевт занимается внутриличностными процессами, то в Н. д. г. п. Х. — нарушения отношений личности с окружающей средой, общие для всех участников. Таким образом, речь идет о межличностных процессах, проблемах неуверенности в себе, зависимости от окружающих и соотнесенности с самим собой, в конечном счете, о нарушениях коммуникабельности, социального функционирования. Из-за неадекватных, недостаточно гибких способов поведения у больного неврозом непрерывно возникают напряженности и конфликты, разрешить которые в большинстве случаев ему не удается. В данном виде Н. д. г. п. Х. этот феномен специфически используется и усиливается, причем *психотерапевтическая группа* формируется и функционирует в искусственно создаваемом поле напряженности.

3. В начальной фазе пациенты пытаются с помощью прямых вопросов, просьб об указаниях или путем создания псевдопроблем и псевдокоммуникаций справиться с ситуацией, вызывающей в них неуверенность. Ожидания концентрируются на психотерапевте, чья задача теперь состоит прежде всего в том, чтобы с первого же часа актуализировать ожидания пациентов и усилить их своей позицией молчаливого наблюдателя. Такое поведение психотерапевта ведет к возрастанию неуверенности группы, которое переживается ее членами с особенной тревогой и на которую они отвечают аффективным увеличением ожиданий. Этот процесс может быть значительно усилен и углублен соответствующим поведением психотерапевта, в результате чего: а) неадекватность в этой ситуации пассивно-зависимого поведения пациента проявляется все более явно в различных формах, б) этот регрессивный процесс охватывает всех пациентов, в) возникает в высокой степени аффективная

напряженность и г) у большинства пациентов *сопротивление* групповому давлению актуализирует стремление к независимости, и таким путем сокращается фаза зависимости.

4. Следующую за этим фазу Хёк называет фазой «активирования», которая характеризуется тенденцией к самоутверждению. В то время как в начальной фазе группа ведет себя пассивно-выжидательно и все больше разочаровывается в своем психотерапевте, теперь участники группы возлагают на него всю вину за свою неуверенность и зависимость, считают его неспособным, злым, заносчивым и т. д. Возможны агрессивные выступления отдельных членов группы, которые все больше подхватываются остальными ее участниками. Группа начинает действовать резко, в определенной мере воспринимая психотерапевта как противника, спланируется против него, отгораживается от него и окружения. В этой фазе психотерапевт, вмешиваясь, стараясь прежде всего прервать коммуникацию между членами группы, поставить под сомнение целесообразность спонтанно выдвигаемых тем для дискуссий и др., постоянно вызывает агрессивность членов группы по отношению к себе.

5. Так называемый обратный процесс наступает тогда, когда группа объединяется против психотерапевта и тем самым оказывается сильнее, чем он. В этом процессе психотерапевт обычно переходит из первоначальной альфа-позиции через функцию противника в бета-позицию. Только начиная с этого момента можно говорить о группе, первые же две фазы понимаются как предгрупповые стадии и только теперь может начаться конструктивная дискуссия в группе. Группа создала себе гибкую и связанную групповую ситуацию, в которой отдельные члены чувствуют себя уверенно и в безопасности, что необходимо для того, чтобы открыться; в дальнейших дискуссиях она вырабатывает собственные нормы и иерархии ценностей. В этой фазе психотерапевт, зарекомендовавший себя надежным и более сильным, чем каждый индивид, и одновременно более слабым, чем все вместе взятые, становится катализатором дальнейшего процесса в функции благожелательного, нейтрального консультанта (бета-позиция). Для него важно укрепиться в этой позиции и иметь возможность допустить, чтобы группа функционировала «как бы сама по себе».

6. Только теперь группа представляет собой социальный организм, члены которого связаны единой целью и деятельностью, и развивает эмоциональную заинтересованность друг в друге, солидарность друг с другом, готовность к взаимопомощи: из прежнего «против друг друга» возникает возрастающее «друг за друга». Только теперь в группе могут обсуждаться различные страхи, проблемы и трудности. Тем самым в общении складывается самосознание как «социальное сознание, которое смещается вовнутрь» (Выготский Л. С.). Это создает предпосылки для возникновения новых задач и мотивов дальнейшей собственной деятельности, которая превращается в «деятельность, направленную в будущее» (Эльконин Д. Б.).

При проведении Н. д. г. п. Х. к психотерапевту предъявляются очень высокие требования, поэтому необходимы как постоянное взаимодействие и обсуждение с *котерапевтом*, так и достаточно глубокая подготовка психотерапевта в рамках группового *тренинга*.

Основные показания для описанной формы психотерапии вытекают из того, что Хёк делил больных неврозами на 2 основные группы: невротические реакции (вегетативно-аффективные реакции, условно-рефлекторные нарушения), которые преимущественно определяются и формируются окружающей средой и поэтому возникают у очень многих людей при одинаковых условиях, и, с другой стороны, невротические нарушения, при которых решающее значение имеют особенности развития личности (первичное и вторичное невротическое развитие). Поскольку при невротических реакциях структура личности пациента нарушена относительно мало, то обычно достаточно менее дорогостоящей симптомоцентрированной психотерапии (*аутогенная тренировка, поведенческая психотерапия* и др.). При невротических развитиях изменена структура характера пациента и общая структура унаследованных и обусловленных предрасположением способов переживания и поведения, так что возникают существенные конфликты между усвоенными и закрепившимися образцами поведения и социального восприятия, с одной стороны, и требованиями к психической деятельности в жизненном процессе — с другой. Более адекватной и эффективной в этом случае является Н. д. г. п. Х. Хёк полагает, что целесообразнее проводить ее в специализированных *психотерапевтических отделениях*, построенных на принципах терапевтического сообщества (см. *Терапия средой*).

**НАПРЯЖЕНИЕ В ГРУППЕ.** Одна из характеристик атмосферы в *психотерапевтической группе*, элемент *групповой динамики*.

Противоположным напряжению состоянием являются расслабление, разрядка, раскованность. Однако в контексте групповой динамики в качестве противоположности напряжению рассматривается групповая сплоченность, которая означает взаимное тяготение членов группы друг к другу и обеспечивает поддержку, принятие и безопасность. Н. в г. выступает как центробежная сила, возникающая в результате групповых конфликтов и столкновений между участниками группы и направленная на разъединение, а групповая сплоченность — как центростремительная сила, направленная на сохранение группы, как прочность и устойчивость. Сплоченность и напряжение выполняют в группе противоположные функции: первая является стабилизирующим фактором (под ее влиянием члены группы чувствуют поддержку и относительную безопасность), а вторая — побуждающим фактором (она ведет к неудовлетворенности и стремлению что-либо изменить). Учитывая противоположные функции Н. в г. и групповой сплоченности, многие авторы обращают внимание на необходимость поддержания в психотерапевтической группе динамического равновесия между ними.

Н. в г. является следствием внутригрупповых конфликтов, неудовлетворенности или подавления тех или иных потребностей участников группы. Так, например, начало работы психотерапевтической группы, как правило, характеризуется высоким уровнем напряжения (см. *Фазы развития психотерапевтической группы*), что обусловлено расхождением между ожиданиями пациентов и реальной ситуацией в группе, в частности поведением психотерапевта, который прямо не направляет, не инструктирует и не руководит группой. Возникающее и растущее напряжение побуждает участников группы к активности, обсуждению актуальной групповой ситуации и собственных позиций и ролей. Н. в г. связано с внутренним напряжением каждого члена группы и сопровождается самыми разнообразными чувствами и состояниями — тревогой, страхом, подавленностью, враждебностью, агрессивностью и пр. Обычно в ситуациях напряжения пациенты демонстрируют привычные, характерные для их поведения в реальной жизни стереотипы: подавляют свои чувства, пытаются их скрыть, проецируют на других или открыто выражают, что само по себе имеет важное диагностическое значение и дает материал для дальнейшей психотерапевтической работы. Возникающее в группе напряжение может играть как положительную, так и отрицательную роль. Слишком высокое или слишком длительное напряжение, холодная, неприязненная, враждебная атмосфера, если она не компенсируется групповой сплоченностью и положительными эмоциями, может привести к дезорганизации работы в группе, к уходу отдельных ее участников и даже к распаду группы. Однако и слишком низкий уровень Н. в г. не является позитивной характеристикой групповой динамики и процесса *групповой психотерапии*. Ощущение полного комфорта, спокойствия, равновесия не способствует раскрытию пациентами собственных проблем, конфликтов и переживаний, проявлению типичных невротических стереотипов поведения и защитных механизмов; пациенты стараются сохранить комфортную атмосферу, не замечая или игнорируя возникающие в группе проблемы и конфликтные ситуации. Группа превращается в приятное дружеское сообщество, не выполняющее, однако, никакой психотерапевтической функции. Если Н. в г. слишком высоко, то члены группы не в состоянии действительно решать проблемы, они жалуются, что отношения между ними нарушены. Если же, наоборот, напряжение слишком низко, то люди отдают предпочтение удобным, легким взаимным контактам, а не подробному разбору проблем. Оптимальный уровень Н. в г. способствует проявлению и вскрытию групповых и индивидуальных конфликтов и проблем, *конфронтации* и взаимной критике, предоставляя группе уникальный материал для эффективной работы и собственно психотерапии, что в конечном счете приводит к позитивным изменениям у участников группы. Кратохвил (Kratochvil S., 1976), указывая положительные функции Н. в г., отмечает, что оно полезно и необходимо:

- 1) как движущая сила, импульс, постоянно стимулирующий усилия изменить свое теперешнее состояние;
- 2) как фактор, поддерживающий ориентацию проводимого в группе обсуждения отрицательных переживаний и чувств;
- 3) как фактор, активизирующий проявление непривычных стереотипов поведения.

Уровень Н. в г. должен контролироваться *групповым психотерапевтом*, который иногда использует соответствующие приемы для усиления или ослабления Н. в г. Причины возникновения Н. в г., способы разрешения подобных ситуаций являются важными темами *групповой дискуссии*.

В целом Н. в г. играет положительную роль, если поддерживается его оптимальный уровень, а также динамическое равновесие между групповым напряжением и групповой сплоченностью.

См. также *Механизмы лечебного действия групповой психотерапии*.

**НАРКОАНАЛИЗ (НАРКОСИНТЕЗ).** Метод разработан Хорсли (Horsley J. S., 1943). Предназначен для активизации и анализа психотравмирующих переживаний пациента. Расширенный вариант метода — наркосинтез — предложен Гринкером и Шпигелем (Grinker R. R., Spiegel J. P., 1945).

Применение метода осуществляется следующим образом. Находящемуся в положении лежа пациенту медленно вводится наркотическое средство (5%-й раствор амитал-натрия или др.) до возникновения у него особого состояния: он бодрствует, однако значительно ослабляется его способность к *самоконтролю*, которая поддерживается дальнейшим постепенным введением препарата.

Сохраняется контакт с пациентом, и разговор направляется на переживания, по сведениям врача, связанные с психотравмой. Устраняются защитные барьеры и благодаря этому создаются возможности *осознания* и эмоционального отреагирования травмирующих переживаний. Нередко достаточно одного связанного с переживаниями слова, чтобы вызвать эмоциональную реакцию (плач, спонтанные высказывания).

По окончании сеанса введение препарата прекращается; а в варианте наркосинтеза, кроме того, совместно с пациентом проводится обсуждение пережитого, актуализированных в его ходе состояний, формулируются советы.

**НАРКОГИПНОЗ.** Относится к методам *суггестивной психотерапии*. Сущность Н. заключается в том, что сеансу *гипнотерапии* предшествует введение наркотических средств, облегчающих наступление гипнотического сна или усиливающих его глубину. М. Э. Телешевская (1969) выделяет Н., когда снотворные даются малогипнабельным больным, вызывая у них состояние сонливости, и гипнонаркоз, применяемый к более внушаемым субъектам, когда присоединение снотворных средств повышает терапевтическую активность гипноза.

Поскольку заблаговременный прием наркотического препарата должен вызвать у пациента дремотное состояние к моменту начала сеанса гипнотерапии, следует учитывать фармакодинамические особенности того снотворного, которое собираются применить. Поэтому первые 2-3 комбинированных применения снотворного с гипнозом часто являются пробными, после чего врач определяет индивидуальную дозу снотворного и оптимальное время его приема больным. При проведении Н. чаще используют амитал-натрий (0,2-0,3) или другие снотворные средства, которые через 25-30 минут вызывают дремотное состояние (Рожнов В. Е., 1979).

М. Э. Телешевская относит Н. к одному из видов *наркопсихотерапии*. По ее мнению, Н. может применяться и как основной и как вспомогательный прием наркопсихотерапии. Продолжительность сеанса 30-60 минут, формулы *внушения* повторяются каждые 8-10 минут. Врач говорит о благотворном воздействии вводимого лекарственного препарата и гипноза, которые принесут больному полноценный отдых, сон, душевный покой, высокий жизненный тонус, уверенность в себе, хорошее самочувствие и настроение.

Наиболее эффективно применение Н. для устранения затяжных и трудно поддающихся лечению истерических моносимптомов и фобических состояний, при повышенной эмоциональной возбудимости и лабильности настроения, длительной бессоннице, сексуальных расстройствах, а также при соматических заболеваниях с преобладанием функциональных нарушений.

**НАРКОПСИХОТЕРАПИЯ.** Методический прием в *суггестивной психотерапии*, используемый для повышения внушаемости путем введения барбитуратов (Телешевская М. Э., 1969).

Выделяются следующие разновидности Н.:

- 1) *внушение* на фоне кратковременного или продленного неполного наркоза;
- 2) наркогипноз;
- 3) метод многократных внутривенных введений препарата;
- 4) комбинированная Н.

Для наркоза используются растворы амитал-натрия, гексенала и др., чаще — 1-10%-й раствор амитал-натрия и гексенала в дозах от 0,5 до 3 мл.

В динамике наркоза выделяют 3 стадии, имеющие различное значение при проведении Н.

Первая стадия — понижение общей активности и инициативы — характеризуется замедлением

речи, гиподинамией, головокружением.

Вторая стадия эмоциональных сдвигов наступает по мере дальнейшего введения препарата; в состоянии эйфории отмечается повышение общительности, оживленность, многоречивость. Продолжительность этой стадии колеблется от 10 минут до 1 часа. В третьей стадии наблюдается картина оглушения с эхоталией и персеверациями.

Наиболее широкое применение получило *внушение* на фоне кратковременного неполного наркоза. В состоянии эйфории с элементами оглушенности врачебные суггестивные воздействия становятся более эффективными. Препарат вводится в течение 3-4 минут, после чего врач императивно повторяет короткие, ясные формулы внушения. На фоне эйфории больные легче обретают чувство уверенности и впоследствии охотно выполняют различные задания.

Длительное состояние амиталового (гексеналового) субнаркоза используют в терапии истерических моносимптомов (амавроз, астазия-абазия, мутизм и др.), стойкой ипохондрической симптоматики. После введения препарата в течение 15-20 минут проводится внушение и предлагаются тренировочные упражнения (ходьба — при астазии-абазии, чтение вслух — при афонии).

При лечении больных с длительной бессонницей после введения 1-2 мл 1-3%-го раствора амитал-натрия используются обычные формулы внушения, как при погружении больного в гипнотическое состояние. Сеанс Н. продолжается от 30 минут до 1 часа, формулы внушения повторяются каждые 8-10 минут.

В случае физиогенных астений при тревожно-депрессивном фоне настроения могут проводиться многократные введения барбитуратов (амитал-натрия, гексенала), через день до 20 инъекций. Используется только эйфоризирующее действие препаратов, без внушения.

Комбинированная Н. предполагает последовательное применение в процессе лечения нескольких методических приемов.

В настоящее время Н. можно причислить к относительно редко используемым методам лечения.

**НАРКОПСИХОТЕРАПИЯ С ПОМОЩЬЮ ГАЗОВОЙ СМЕСИ ЗАКИСИ АЗОТА И КИСЛОРОДА.** Один из вариантов *наркопсихотерапии* (Панько Т. В., 1987).

При проведении психотерапии с помощью закиси азота и кислорода выделяются следующие этапы.

Первый этап — подготовительный, во время которого больному сообщаются сведения о методике, не только подчеркиваются ее преимущества перед другими (безвредность, высокая терапевтическая эффективность), но и опосредуется спектр действия закиси азота, указывается на положительное влияние вдыхаемого до и после подключения закиси азота чистого кислорода.

Второй этап — этап предварительной оксигенизации — длится 1-2 минуты. Больному предлагают равномерно и глубоко дышать и проводят уже непосредственное *внушение*, направленное на нормализацию обменных процессов в нервной ткани, на благотворное действие чистого кислорода.

Третий этап — начинается с момента подачи закиси азота.

Концентрация закиси азота повышается постепенно, начиная с 5%. Все больные во время первого сеанса проходят 3 стадии первого уровня наркотического состояния (эйфории, сонливости, оглушенности). На последующих сеансах концентрация закиси азота устанавливается на нужной стадии наркоза и поддерживается на протяжении 4-6 минут, т. е. достигается устойчивый уровень наркотического состояния, на фоне которого начинается внушение. Формула внушения строится индивидуально для каждого больного, зависит от клинической симптоматики, целей и задач каждого сеанса и направлена на снятие патологических нарушений. Внушение проводится в императивном тоне; во время внушения опосредуются ощущения, характерные для той или иной стадии наркотического состояния. Так, при эйфории формула внушения включает усиление чувства легкости, уменьшение напряжения, улучшение настроения; при сонливости — усиление возникающего чувства тяжести и состояния сонливости; при оглушенности — целебное действие, ощущения провала.

Четвертый этап — этап последующей оксигенизации — длится 1-2 минуты. Внушение на этом этапе направлено на снятие психосенсорных ощущений, вызванных вдыханием закиси азота, и на достижение хорошего самочувствия.

Пятый этап — заключительный — начинается после снятия маски.

В это время эффект закиси азота проявляется в повышенной внушаемости и хорошем

эмоциональном контакте между врачом и больным, поэтому проводится рациональная, личностно-ориентированная психотерапия, направленная на дезактуализацию психотравмирующей ситуации, перестройку отношения личности к болезни и активное преодоление жизненных трудностей. При наличии фобических проявлений необходим функциональный *тренинг*. Курс лечения обычно состоит из 10 сеансов, проводимых через день.

Во время первого сеанса положительно оценивается терапевтический эффект стадии эйфории больными с астено-депрессивным синдромом, стадии сонливости — больными с астено-агриппническим синдромом, стадии оглушенности — больными с астено-ипохондрическим и тревожно-фобическим синдромами. Концентрация закиси азота для достижения терапевтической стадии различна у разных больных и зависит от формы невроза: наименьшие дозы требуются для больных истерией, наибольшие — для пациентов с неврозом навязчивых состояний, средние дозировки — для больных неврастений. Последующие сеансы психотерапии проводятся на той стадии, которая наиболее адекватна для данного больного, а концентрация закиси азота устанавливается сразу же с учетом формы невроза, что дает возможность сократить время достижения необходимой стадии наркопсихотерапии. У больных истерией стадия эйфории наступает на 10-15%-й концентрации закиси азота, неврастений — 20-25%-й, у пациентов с неврозом навязчивых состояний — 30-35%-й. Все больные независимо от формы невроза отмечают во время этой стадии положительные сдвиги в эмоциональном состоянии, веселость, окрыленность, легкость в теле. Эта стадия оценивается ими положительно. Для достижения сонливости концентрация закиси азота в подаваемой смеси у больных истерией должна составлять 20-25%, неврастений — 30-35%, у пациентов с неврозом навязчивых состояний — 40-45%. На этой стадии больные ощущают тяжесть в теле и голове, у них путаются мысли, появляется сонливость. Все пациенты с истерическим неврозом отрицательно оценивают эту стадию. Для достижения стадии оглушенности у больных истерией концентрация закиси азота должна составлять 30-35%, неврастений — 50%, у пациентов с неврозом навязчивых состояний — 60%. Все больные во время этой стадии отмечают, что перестают чувствовать тело, что у них исчезают все неприятные и болезненные ощущения, мысли, страхи и возникает ощущение «провала». Особенно положительно эту стадию оценивают пациенты с неврозом навязчивых состояний.

Наиболее эффективной Н. с п. г. с. з. а. и к. оказывается при длительности заболевания до 1 года, т. е. у больных с острым течением невроза, и менее эффективной — при неврозах с затяжным течением; наибольший эффект отмечается у больных истерическим неврозом, а наименьший — при неврозе навязчивых состояний; более результативна при лечении больных с астено-депрессивным и астено-агриппническим синдромами, менее — при лечении больных с астено-ипохондрическим синдромом.

В литературе (Панько Т. В., 1987) подчеркиваются преимущества Н. с п. г. с. з. а. и к. перед наркопсихотерапией с использованием амитал-натрия. Это выражается, во-первых, в более высокой эффективности лечения, во-вторых, в более раннем наступлении стойкого терапевтического эффекта, в-третьих, в длительности и стойкости эффекта, подтверждаемого катamnестически.

При лечении больных неврозами данный метод наркопсихотерапии может применяться самостоятельно, поскольку включает в себя как непосредственное действие самого вещества на организм — вегетотропное, анамнезирующее, спазмолитическое, так и психотерапию. Быстрое исчезновение фазовых состояний позволяет сочетать императивное внушение с *рациональной психотерапией* за счет установления положительного эмоционального контакта и повышенной внушаемости больных, а также проводить функциональный тренинг.

**НАТУРПСИХОТЕРАПИЯ.** Целесообразность выделения лечебного влияния природы в качестве самостоятельного психотерапевтического метода признается не всеми. Многие авторы, не отрицая положительного эмоционального воздействия природы, рассматривают его лишь как фон для психотерапии, а не как самую психотерапию, которая невозможна без информации, передаваемой речью.

Во многом ответ на этот вопрос заключается в наиболее распространенном в нашей литературе определении психотерапии: это «...лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее — на весь его организм...» (Рожнов В. Е., 1979). Основным в комплексе воздействий на психику является воздействие словом, которое, однако, не исчерпывает психотерапии. Лишь отдельные авторы определяют психотерапию более узко — как «метод лечебного воздействия

врача на психику больного или. одновременно группы больных с помощью слова, через вторую сигнальную систему» (Буль П. И., 1974). В случае принятия этой последней формулировки под сомнение ставится возможность отнесения к психотерапии таких признанных ее методов, как *музыкотерапия, библиотерапия* и др.

Для уточнения понятия Н. важное значение имеет замечание В. Н. *Мясищев* (1966) о том, что психотерапия — это система врачебного воздействия на психику больного, основывающаяся на использовании разработанных приемов, позволяющих достигнуть нужного лечебного эффекта. Следовательно, для отнесения Н. к психотерапевтическим методам она должна применяться в лечебных целях врачом (психологом или другим специалистом, имеющим медицинскую подготовку) при условии достаточной разработанности ее как метода психотерапии. Очевидно, что в настоящее время Н. полностью этим требованиям не отвечает, так как, если исключить отдельных энтузиастов (чаще работающих в санаторно-курортных условиях), этот прием мало используется в системе психотерапевтических мероприятий.

Значение Н. будет возрастать в тем большей степени, чем большее значение для человека периода урбанизации и научно-технической революции приобретает общение с природой. Как пример можно назвать Японию, где чувство любви к прекрасному, в первую очередь к природе, целенаправленно развивается у человека с детства.

В качестве лечебных факторов при общении человека с природой выступают прежде всего следующие: положительное эмоциональное воздействие (невербальная суггестия); седативный, отвлекающий, активизирующий и катарсический эффекты. Под *катарсисом* при этом понимается не фрейдовское погружение в бессознательное, а «расширение границ индивидуального сознания до всеобщего... которое по-новому освещает индивидуальный опыт, прошлое человека, помогает ему увидеть свои отклонения и пагубные последствия» (Флоренская Т. А., 1978). Лечебное влияние природы может проявляться в восстановлении нарушенных отношений и установок личности, лежащих в основе многих расстройств в нервно-психической сфере.

Главное же — это эстетическое воздействие природы на человека, возвышающее, гармонизирующее его личность. Именно в случае ландшафтотерапии, пишут Л. Н. Лежепекова и Б. А. Якубов (1977), «эстетическое (прекрасное — есть жизнь, природа) начинает служить терапевтическим, гигиеническим и профилактическим целям и задачам».

Достигнутый первоначальный эффект, выразившийся в смягчении болезненных нарушений, с одной стороны, может привести к таким изменениям отношений личности с окружающей средой, которые повлекут за собой преобразование первоначальной конфликтной ситуации, а с другой — может обусловить изменение самовосприятия, самооценки, что также способствует восстановлению внутренней психодинамики.

**НАУЧЕНИЕ.** Процесс и результат приобретения индивидуального опыта, знаний, умений и навыков, или Н., рассматривается как появление определенных способов поведения в условиях действия конкретных раздражителей; иными словами, Н. является систематической модификацией поведения при повторении одинаковой ситуации. Н. выступает в качестве основного методического принципа и главной задачи *поведенческой психотерапии* и важного фактора лечебного действия в других психотерапевтических системах, в частности в *групповой психотерапии*.

Поведенческая психотерапия по сути представляет собой клиническое использование теорий Н., сформировавшихся в рамках *бихевиоризма*. Центральное место в этих теориях занимают процессы *классического обусловливания* и *оперантного обусловливания* и обучение по моделям. В соответствии с этим выделяют три типа Н.: Н. типа S, Н. типа R и *социальное Н.* (или моделирование). Первые два типа Н. базируются на различных видах обусловливания. В основе Н. типа S лежит классическая парадигма И. П. Павлова. Здесь реакция возникает только в ответ на воздействие какого-либо стимула. Результатом Н. по такой схеме является респондентное поведение, т. е. поведение, вызванное определенным стимулом. *Подкрепление* в данном случае связано со стимулом, поэтому этот тип Н. обозначается как Н. типа S. Н. типа R основывается на оперантной парадигме *Скиннера* (Skinner B. F.). В соответствии с этой схемой экспериментатор, наблюдая поведение, фиксирует случайное появление желательной, «правильной» реакции и сразу же подкрепляет ее. Результатом такого Н. является оперантное Н., или оперант. В этом случае подкрепляется не стимул, а реакция организма; именно она



вызывает подкрепляющий стимул, поэтому такое Н. обозначается как Н. типа R. Скиннер, подчеркивая различия между респондентным и оперантным поведением, указывает, что первое вызвано стимулом, который предшествует поведению, а второе — стимулом, следующим за поведением. Иными словами: в классическом обусловливании стимул предшествует поведенческой реакции, которую необходимо изменить, а в оперантном следует за ней. Третий тип Н. — социальное Н., или Н. по моделям. Оно предполагает Н. посредством наблюдения и имитации социальных моделей поведения. Это направление связано прежде всего с именем американского психолога Бандуры (Bandura A.), представителя медиаторного подхода (сам Бандура называет свою теорию медиаторно-стимульной ассоциативной теорией). С его точки зрения, сложное социальное поведение формируется посредством наблюдения и имитации социальных моделей. Наблюдение модели способствует выработке у наблюдателя новых реакций, облегчает реализацию ранее приобретенных реакций, а также модифицирует уже существующее поведение. Бандура выделяет 3 основные регуляторные системы функционирования индивида: предшествующие стимулы (в частности, поведение других, которое подкрепляется определенным образом), *обратную связь* (главным образом в форме подкреплений последствий поведения) и когнитивные процессы (человек представляет внешние влияния и ответную реакцию на них символически в виде «внутренней модели внешнего мира»), обеспечивающие контроль стимула и подкрепления.

Обычно выделяют 3 основных вида поведенческой психотерапии, непосредственно связанных с тремя типами Н.:

- 1) направление, методически основанное на классической парадигме И. П. Павлова и использующее *систематическую десенсибилизацию* или другие приемы для редукции симптома;
- 2) направление, методически основанное на оперантной парадигме Скиннера и использующее различные виды подкрепления;
- 3) направление, методически основанное на парадигме социального Н. Бандуры и использующее моделирование.

Последнее включает разнообразные системы директивной психотерапии, целью которых является изменение многочисленных психологических параметров, рассматриваемых как промежуточные переменные.

В поведенческой психотерапии Н. осуществляется непосредственно, являясь целенаправленным, систематическим, осознаваемым как психотерапевтом, так и пациентом процессом. В других психотерапевтических направлениях Н. также играет определенную роль и осуществляется прямо и косвенно. Благоприятные условия для Н. создаются, в частности, в процессе групповой психотерапии. Группа является моделью реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы и таким образом создает условия для исследования индивидом собственного поведения и межличностного взаимодействия, позволяет вычлнить в нем конструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания. В групповой ситуации многопланового реального эмоционального межличностного взаимодействия в значительной степени облегчается отказ от нежелательных поведенческих стереотипов и выработка навыков адекватного поведения и полноценного взаимодействия с другими людьми. Существенную роль в этом процессе играет наблюдение за участниками группы, теми реакциями, которые это поведение вызывает, а также имитационное поведение. Новые, более адаптивные формы взаимодействия положительно подкрепляются в группе, пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят удовлетворение ему самому и положительно воспринимаются окружающими. В современных направлениях недирективной психотерапии Н. осуществляется в рамках модели социального Н. скорее косвенным путем.

**НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ.** История психотерапии уходит в далекое прошлое. Еще Гиппократ представил типологию темперамента и считал слово одним из лечебных средств. Однако собственно научные обоснования, позволяющие рассматривать психотерапию в качестве научной дисциплины, стали накапливаться лишь в нашем веке. Особенно бурная эволюция отмечается в психотерапии за последнее десятилетие, когда новые научные разработки и исследования позволили увидеть в психотерапии именно научную дисциплину, а не просто собрание методов, основанных на личных свидетельствах или системе *убеждений*, созданной той или иной «школой», что может иметь

больше общего с религиозными представлениями, чем с открытым научным подходом.

Вопрос о том, какой метод психотерапии является научным или ненаучным, остается открытым до настоящего времени, поскольку, несмотря на получение новых, более точных научных результатов, еще многие задачи в одном из наиболее сложных подходов к человеку — психотерапии остаются нерешенными. Нельзя также упрощать проблему научности в психотерапии до положения, что занятия дипломированного специалиста врача или психолога являются научно обоснованными, а других лиц — ненаучными. В качестве общей предпосылки научного и ненаучного подходов в психотерапии можно представить такую, при которой у ненаучно работающих психотерапевтов познавательные (когнитивные) структуры построены на основе личного опыта, тогда как применение научно обоснованных психотерапевтических методов опирается на современные теоретико-методологические научные знания. Известно, что многие психотерапевтические методы, использующиеся в настоящее время, не возникли под влиянием теорий общей психологии, а явились производными от личной интуиции и опыта. Во многих таких случаях научное обоснование отсутствует.

Под психотерапией обычно понимается или ряд методов, которые включают психологические средства для лечения психических расстройств, или практическую работу тех, кто использует эти методы. Такая дифференциация соответствует различиям между методологическими нормами и психотерапевтической практикой. Психотерапевтические методы могут интерпретироваться как методологические нормы, если их описание содержит информацию об иницирующей ситуации и диагнозе проблемы, терапевтических целях, предлагаемых психотерапевтических действиях. Различные личностные характеристики, условия окружения и т. д., которые важны для данного типа лечения, также могут быть частью первичной ситуации или понимания проблемы. Предложения для терапевтических действий могут быть в виде простых или сложных вмешательств, как и при использовании терапевтических субстратегий, таких, например, как фокусирование, *интерпретация* или *конфронтация*. Дополнительно нужно знать о том, какие действия могут быть реализованы и при каких условиях (в пределах терапевтического процесса), а также — с какой целью. Определение показаний к применению тех или иных методов является общим правилом действий, указывающим, какие меры являются оптимальными при актуальных условиях, и включает предикторы возможности успеха в отношении единичного случая (Baumann U., von Wedel B., 1981).

Методы научно не обоснованной психотерапии обычно не имеют точных показаний, их цели недостаточно ясны (поэтому вопрос об эффективности не может ставиться), часто бывает трудно понять терапевтическую стратегию действий и предположить их результат. Это означает, что такая психотерапия не может быть реконструирована в виде методологически обоснованной нормы.

При лечении психических расстройств мы, как правило, не имеем дело с точно определенными феноменами, и методы *психотерапевтического вмешательства* часто являются не методологическими нормами, а носят эвристичный характер.

Но эвристичность может быть и системой методологически обоснованных норм. Она может включать направления действий при определенных начальных условиях для достижения определенных целей. Одной из характеристик начальных условий, например, может быть то, что проблема не вполне ясна. В этом случае направление действий может начинаться не с терапии, а с анализа проблемы.

Искусство применения норм научно обоснованной психотерапевтической практики проявляется в способности творчески настроенного психотерапевта сознательно и планомерно применять доказанные, узаконенные знания, оцененные нормы и эвристичность (Perrez M., 1989).

Активная личность заполняет разрыв между имеющейся научно обоснованной базой знаний и той, которая необходима в действительности, с помощью собственного знания, сформированного на основе личного опыта. Такие лично созданные нормы, эвристичность и каузальные атрибуции, использующиеся для объяснения эффектов действия, могут быть ложными. Но было бы ошибкой считать, что психотерапевт не может оказаться терапевтически успешным на основе личных знаний.

Способность к решению проблем у активного психотерапевта увеличивается только при условии усвоения им новых знаний. Однако этого не происходит, когда психотерапевт приобрел опыт в принятии ложной каузальной атрибуции и остается успешным в индивидуальных случаях психотерапии. Такие «природные таланты», сформированные личным опытом, несут присущую им опасность основания терапевтической школы, базирующейся на их ложных каузальных атрибуциях и

представлениях, особенно если они обладают харизматической внешностью и их «особые методы» предлагаются в соответствии со вкусами текущей моды. Привлекательность таких концепций, созданных одним человеком, обычно является и результатом их теоретической простоты, прямой вероятности и универсальности применения, т. е. теми характеристиками, которые заполняют человеческую потребность в ясности и простоте, неоспоримости утверждений. В противовес этому научная основа поведения психотерапевта является комплексной, открытой для дальнейшего развития и нуждающейся в ревизии.

Для практической психотерапевтической деятельности недостаточно теоретико-методологических и методических знаний. Эффективное решение поведенческих, психологических проблем предполагается не только посредством изменения знаний, но также использованием понимания условий формирования и динамики проблемы («обусловленного» знания).

Понимание степени научной обоснованности психотерапии также зависит от социально-исторических условий. До настоящего времени мы наблюдаем представления о происхождении и лечении психических расстройств, которые связаны с определенными культурными особенностями, уходящими корнями в далекое прошлое. Причины отличия научного знания от личного, бытового знания и мнения находятся вне личного опыта. Научность зависит, кроме прочего, от обоснованности межличностным опытом, полученным в соответствии с нормами научной методологии своего времени. То, что научное сообщество определенной эпохи выделяет как достойное включения в структуру науки, зависит не только от социологических феноменов, но и от точных, доступных исследованию результатов, достигнутых при прогрессе знания. Так, после работ И. П. Павлова по условным рефлексам научный мир иначе рассматривает определенные психологические феномены. Таким образом, обоснование «технологий» в психотерапии зависит от прогресса знаний. В этом смысле научно обоснованная психотерапия является отражением своего времени.

На основании представлений Бунге (Bunge M., 1967) и Перре (Perrez M., 1989) в качестве общих критериев научной обоснованности психотерапии могут рассматриваться (Абабков В. А., 1998):

1. Доказательства эффективности психотерапии.

Эффективность психотерапии не может оцениваться только субъективно, основываться лишь на мнении психотерапевта или пациента. Это требует сложных, многофакторных исследований (см. *Оценка эффективности психотерапии, Метаанализ результатов исследования эффективности психотерапии Граве*).

2. Обоснование психотерапии предположениями, которые не противоречат современным научным данным.

Этот критерий требует современных научных знаний не только в области психотерапии, но также по теориям личности и психопатологии.

3. Применение принятых теорий психотерапии, научно объясняющих эффективность психотерапевтического метода.

Такое объяснение касается прежде всего методологии психотерапии.

4. Этическая законность *психотерапевтических целей*, с помощью которых предполагается достижение успеха.

Определение цели психотерапии может зависеть от возможностей психотерапевта, особенностей пациента и условий проведения психотерапии. Выбор наиболее этичной, при этом, может быть, более сложной или менее финансируемой цели психотерапии, определяется признанием психотерапевтом данного показателя. Он может также учитывать возможность использования психотерапии с политическими или идеологическими целями.

5. Этическая приемлемость психотерапевтического метода.

Важность соблюдения этого условия особенно актуальна в настоящее время, когда не прекращается реклама и применение разнообразных нетрадиционных и параклинических экстрасенсорных, магических, религиозных и пр. (по сути психологических) методов воздействия на человека. Различные экзотические и малоэффективные виды психотерапии остаются в арсенале и дипломированных специалистов.

6. Затраты на метод, необходимые для достижения успеха.

В настоящее время здравоохранение даже экономически наиболее развитых стран не может

полностью оплачивать порой необходимое долговременное психотерапевтическое лечение. Второй проблемой является выбор длительности психотерапии в зависимости от ее эффективности, что также связано с экономическими показателями. Финансовая сторона психотерапии, как отмечалось выше, может рассматриваться и с этических позиций.

#### 7. Вероятность и характер ожидаемых побочных эффектов.

Данный критерий особенно важен для клинической психотерапии. Научно обоснованная психотерапия, ясно представляющая механизмы влияния, цели, задачи и возможности, может предвидеть результаты своего воздействия и избежать нежелательных или вредных последствий, которые все еще не редкость в психотерапевтической практике.

Быстрая эволюция психотерапии наблюдалась в последние 10 лет, когда отрабатывались и активно апробировались теоретико-методологические и методические позиции психотерапии как научной дисциплины, а развитие смежных научных областей позволило усовершенствовать и ускорить компьютерные и математико-статистические способы и методы сбора и обработки теоретического и практического материала.

Резко возросло число научных публикаций, особенно по частным вопросам психотерапии. Наряду с этим имеются немногочисленные строго научные работы обобщающего характера, оснований для создания которых ранее не было. К их числу может быть отнесено исследование Ламберта и Бергина (Lambert M. J., Bergin A. E., 1992). В качестве общих научных достижений современной психотерапии авторы выделили следующие положения:

1. Превышение общего эффекта психотерапии над эффектом спонтанных ремиссий.
2. Позитивность общего эффекта психотерапии.
3. Превышение эффекта психотерапии над эффектом плацебо-контроля.
4. Варьирование результатов даже при гомогенных исследованиях, что рассматривается скорее как следствие действия факторов, связанных с психотерапевтом, а не с психотерапевтической техникой.
5. Демонстрация относительной эквивалентности результатов при большом числе использованных методов психотерапии, терапевтических переменных и временных условий.
6. Демонстрация уникальной эффективности немногих форм психотерапии при специфических нарушениях.
7. Показ интерактивной и синергической роли медикаментов при проведении психотерапии.
8. Показ особой важности взаимоотношений психотерапевт—пациент для предсказания результата и достижения возможного позитивного личностного изменения пациента.
9. Документирование негативных эффектов при психотерапевтическом лечении и изучение процессов, которые приводят к ухудшению состояния пациентов.

Бесспорные научные достижения современной психотерапии и увеличение их числа — важнейшее условие превращения психотерапии, этой важнейшей области медицины и здравоохранения, в подлинную научную дисциплину.

**НЕГАТИВНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ.** Специальный термин, обозначающий редко встречающуюся, нежелательную реакцию на психоаналитическое лечение, а именно: усугубление симптоматики пациента в ответ как раз на те *интерпретации*, которые должны были бы облегчить болезненные проявления. Создается впечатление, что некоторые люди предпочитают страдание излечению. *Фрейд* (Freud. S.) связывал с этим феноменом «бессознательное чувство вины», присущее некоторым видам мазохизма (Райкрофт Ч., 1995; Лапланш Дж., Понталис Дж. В., 1996).

Понятие Н. т. р. занимает важное место в теории и технике *психоанализа*, ибо оно представляет клиническое явление, которое Фрейд (1923) выбрал для демонстрации воздействия «бессознательного чувства вины» и для доказательства существования того, что он представлял как особый ментальный механизм — Сверх-Я. В отличие от других психоаналитических понятий (*перенос*, *сопротивление* и др.) термин Н. т. р. не нашел широкого применения вне сферы *психоаналитической психотерапии*, хотя его, вероятно, можно применить к широкой сфере клинических ситуаций.

Фрейд считал, что Н. т. р. служит в анализе характеристикой определенного типа пациентов. В работе «Некоторые типы характеров из психоаналитической практики» Фрейд (1916), описав различные типы характеров, указал на людей, «страдающих от успеха». Описание «преходящей негативной реакции» со стороны пациента было упомянуто Фрейдом (1918) в работе с Человеком-Волком, но в

полной мере явление Н. т. р. представлено в работе «Я и Оно» (1923): «Существуют люди, которые во время аналитической работы ведут себя совершенно удивительным образом. Когда с ними говорят обнадеживающе или выражают удовлетворение прогрессом лечения, они высказывают признаки неудовлетворения и их состояние неизменно ухудшается... Можно убедиться, что такие люди не только не могут выносить похвалы или положительной оценки, но и что они обратным образом реагируют на прогресс лечения. Каждое частичное решение, которое должно принести результат и действительно приносит результат у других людей как облегчение или временное прекращение симптоматики, вызывает у них на какое-то время обострение болезни; им становится хуже во время лечения, а не лучше. Они демонстрируют то, что известно как "Н. т. р."».

Исходя из этих наблюдений Фрейд заключил, что существует бессознательное чувство вины, возникающее вследствие критики Сверх-Я. Эти идеи основаны на интрапсихической модели конфликта и концепции сопротивления Сверх-Я. Болезнь в этом случае можно рассматривать и как выполняющую функцию устранения или уменьшения чувства вины пациента. При этом симптомы выражают потребность в наказании или страдании, попытку смягчить критичность Сверх-Я. Отсюда следует, что выздоровление или перспективы выздоровления могут представлять некую угрозу для пациентов, а именно опасность испытать интенсивное и невыносимое чувство вины. Выздоровление для таких пациентов можно приравнять к исполнению бессознательных инфантильных желаний, проявление которых внутренне запрещено.

Последующие аналитические исследования показали иное понимание механизмов Н. т. р., отличных от идей Фрейда. Так, Райх (Reich W., 1934) сделал предположение о том, что появление Н. т. р. свидетельствует о неудачной аналитической методике, особенно неудаче в анализе негативного переноса. Делалась попытка расширить рамки понятия Н. т. р., с тем чтобы оно включало в себя целый ряд различных механизмов. Ривьер (Riviere J., 1936) полагала, что фактически под это понятие может подпадать любой случай, где пациент не получает от лечения необходимой пользы. Хорни (Horney K., 1936), напротив, вторит Фрейду, считая, что Н. т. р. характерна для людей с определенными «мазохистическими» наклонностями. О Н. т. р. мы можем говорить в случае, где с достаточной вероятностью можно было бы ожидать, что в состоянии пациента произойдет улучшение (Сандлер Дж. и др., 1995).

Современные авторы предлагают свое понимание психологических механизмов Н. т. р. Так, Олиник (Olinick S. L., 1964, 1970, 1978) считает, что Н. т. р. следует рассматривать как особый вид негативизма, формирующийся до стадии ранних лет жизни пациента и связанный с ситуациями, которые способствовали выработке у ребенка мстительной агрессивности и жажды противоречия. Более тщательные исследования проявлений бессознательного чувства вины выводят их за пределы эдипова соперничества. Сопротивление Сверх-Я оказывается вершиной пирамиды, корни которой глубоко уходят в мир бессознательных желаний. При терапевтической регрессии (Олиник, 1964, 1970) сближение вплоть до бессознательных желаний слияния также усиливает тенденции к Дифференциации (Сандлер Дж. и др., 1995; Томэ Х., Кёхеле Х., 1996).

Таким образом, предрасположение к реакциям типа Н. т. р. наблюдается у пациентов, проявляющих регрессивное стремление к слиянию с внутренним подавленным образом матери, амбивалентно любимой и ненавидимой. В частности, Лиментани (Limentani A., 1981) пишет о боязни пациентов вновь испытать психическую боль, ассоциируемую с травматическими переживаниями детских лет жизни. Представляется весьма вероятным, что чувство вины, испытываемое при мысли о разрыве связи с лицом, связанным с переживаниями раннего детства, играет важную роль в появлении Н. т. р. Эти тесные внутренние связи могут носить мазохистический характер, являть эффект самонаказания (Loewald H. W., 1972), и последующее наступление Н. т. р. окажется отражением потребности укрепить еще больше мазохистическую, наносящую ущерб самому себе связь с объектом. Неспособность пациента индивидуализироваться и сепарироваться от первичных объектов (Mahler M. S., 1968) — одна из причин развития Н. т. р. (Сандлер Дж. и др., 1995).

Со времени публикации работы Кляйн «Зависть и благодарность» (Klein M., 1957) значительное внимание уделяется зависти и связанной с ней деструктивности. Подчеркивается роль зависти в появлении Н. т. р. у пациентов, страдающих нарциссизмом и пограничными состояниями. Кляйн приводит доводы в пользу того, что в основе Н. т. р. всегда лежит зависть, ибо проблема Н. т. р. всегда

возникает именно в тот момент, когда аналитик обретает уверенность в том, что он понимает пациента, а последний разделяет эту уверенность. С помощью Н. т. р. анализируемый разрушает успех аналитика и одерживает над ним верх. Это последний плацдарм пациента, ведь в конце концов он все-таки оказывается в состоянии нанести удар психоаналитику, хотя бы даже и ценой собственной неудачи.

Когут (Kohut Н., 1971), развивая психологию самости, пришел к выводу, что пациент, страдающий нарциссизмом, испытывал в раннем детстве «дефицит» в своих объект-отношениях. Н. т. р. связана с неспособностью пациента развивать и поддерживать «связную и сильную» самость. Пациенты с уязвимой самостью поддерживают связь с аналитиком, воспринимаемым как вечно терпящая неудачи фигура (Томэ Х., Кёхеле Х., 1996).

Прослежена определенная связь между Н. т. р. и депрессиями. Отмечается, что у некоторых пациентов успех в лечении представляется отходом или утратой «идеального» состояния, связанного с жесткими требованиями Сверх-Я. Сандлер и др. (1995) предполагает, что с утратой этого «идеального» состояния связано появление депрессии.

Олиник (1970) делает важное замечание о том, что «хотя Н. т. р. можно рассматривать в терминах интрапсихических, относящихся к одному лицу, в действительности для ее возникновения требуется присутствие еще одного лица... Н. т. р. подразумевает поиски другого лица, который бы мог выступить в роли наказующего». Это высказывание вводит в поле зрения такой важный компонент аналитической ситуации, как контрпереносные чувства аналитика. Далее Олиник пишет, что «*контрпереносы* происходят у всех аналитиков и имеют тенденцию проявляться в ответ на возникновение у пациента Н. т. р.». Н. т. р. могут вызывать у аналитика чувство разочарования и подвергать испытанию его аналитическую нейтральность, и, следовательно, могут рассматриваться как один из способов вызвать или спровоцировать ответную реакцию аналитика в ответ на поведение пациента (Томэ Х., Кёхеле Х., 1996).

Анализ мазохистического характера показывает, что Н. т. р. может быть ответной реакцией по отношению к объекту, воспринимаемому как патогенный. Таким пациентам в детстве приходилось подчиняться родителям, которые, как они чувствовали, не любили, а презирали их. Чтобы защититься от последствий такого мироощущения, ребенок начинает идеализировать своих родителей и их жесткие требования. Он пытается удовлетворить эти требования и обвиняет и обесценивает себя, чтобы сохранить в себе иллюзию, что он любим родителями. Когда эта форма отношений возобновляется в переносе, пациент должен ответить на интерпретации аналитика Н. т. р. Пациент как бы меняется с ним ролями; он занимает положение матери, которая высмеивала его мнения, и помещает аналитика в положение ребенка, с которым постоянно обходились несправедливо, но который отчаянно добивается любви (Томэ Х., Кёхеле Х., 1996).

Сандлер и др. (1995) полагают, что поскольку Н. т. р. связана скорее со свойствами характера индивида и не является ситуативным действием в психоаналитическом процессе, эта парадоксальная реакция на перспективу выздоровления или успеха вполне возможна и в других клинических ситуациях. Ее проявления можно ожидать у пациентов любой области медицины; при этом может обнаружиться, что в прошлом у таких пациентов наблюдались случаи подобной «негативной» реакции на собственные успехи и достижения.

Существует точка зрения (Сандлер и др., 1995) о необходимости проведения различия между Н. т. р. и общим понятием сопротивления и сохранить термин «Н. т. р.» в том его значении, которое ему изначально придавал Фрейд, описывая как двухступенчатый процесс. Другое направление развития Н. т. р. состоит в том, чтобы расширить понимание его динамики и патологических факторов, помимо чувства вины. В частности, Томэ Х., Кёхеле Х., (1996) считают, что проблема Н. т. р. может служить весьма ярким примером, демонстрирующим «неблагоприятные последствия доктринерских положений теории влечений и структурной теории. Фактически разрешение сопротивления Сверх-Я уводит от метапсихологических положений Фрейда и приводит ко всеобщей интеракционной теории конфликта, способной дать понимание формирования Сверх-Я и, следовательно, сопротивления Сверх-Я».

Таким образом, существует много разных причин для возникновения Н. т. р. Сандлер (1995) рекомендует сохранить термин «Н. т. р.» для описания конкретной реакции. Сведение объяснения этой реакции к действию чувства вины, конечно же, слишком сужает сам термин и понятие Н. т. р.

**НЕГАТИВНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПО ДЕНЛАПУ.** Относится к приемам *поведенческой*

*психотерапии*. Денлап (Dunlap К., 1928) выдвинул положение о том, что от «дурной привычки» можно избавиться, если многократно сознательно повторять то привычное действие, от которого хочешь освободиться, и предложил соответствующую этому положению методику негативного воздействия. В 1942 г. он опубликовал приемы лечения навязчивых действий, тиков, энуреза, эзофагоспазма, некоторых форм заикания и др. А. М. Свядощ (1982) считает, что один из механизмов, объясняющих лечебный эффект данной методики, заключается в том, что нежелательные моторные навыки, навязчивые движения, тики, гиперкинезы, о которых идет речь, совершаются автоматически, без активного контроля сознания. Если же больной сам их многократно сознательно повторяет, то они приобретают новое качество: движение протекает на другом, более высоком уровне, превращается в осмысленное действие, подчиняющееся контролю сознания, и может быть произвольно заторможено.

В самом начале лечения пациенту разъясняют механизмы имеющихся у него болезненных симптомов, подчеркивая необходимость его активного участия в проведении лечения. Далее используются различные варианты методики негативного воздействия, например такой: больного предупреждают, что психотерапевт проведет с ним несколько лечебных сеансов, в течение которых будет беседовать с ним на свободные темы и наблюдать за ним. Если во время сеанса у пациента возникнет болезненный симптом, он должен воспроизвести его 15-20 раз подряд, причем обязательно повторяя весь комплекс одновременно возникающих симптомов (например, не только кивательные движения головой, но и напряжение мышц руки и поворот головы, если они совершались одновременно), после чего продолжается беседа и наблюдение за больным. Первый сеанс длится около 30 минут, последующие — до 1 часа. Частота сеансов — 2-3 в неделю.

Эффективность методики повышается при высоком авторитете психотерапевта. Ее можно сочетать с другими видами психотерапии (*убеждение, внушение* наяву и т. п.).

**НЕГАТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ.** Несмотря на широкое распространение психотерапии, большинство авторов считает, что основные ее методы не имеют противопоказаний и безопасны. Как правило, речь может идти лишь об относительных противопоказаниях и негативных последствиях некачественного применения некоторых методов, в частности гипноза (см. *Отрицательные последствия (осложнения) гипнотерапии*).

Вместе с тем с учетом весьма широкого использования психотерапии в настоящее время следует иметь в виду возможность появления некоторых негативных эффектов, вызванных ее применением. Н. э. п. определяются как длительное ухудшение состояния пациента, вызванное непосредственно лечением. В случаях симптоматического ухудшения Н. э. п. проявляются в виде: а) усиления прежних симптомов, в частности усиление тревоги, страха, депрессии, снижение самооценки, увеличение зависимости; б) появления новых симптомов — демонстративного поведения, злоупотребления лекарственными препаратами или алкоголем, психосоматических реакций, регрессии, разрыва прежних межличностных отношений, суицидных попыток. Н. э. п. могут также проявляться в виде неогоспитализма, бегства в болезнь, злоупотребления лечением и поиска выгоды от лечения. Это различные формы зависимости пациента от врача, обострение заболевания на начальных этапах психотерапии, негативные социальные последствия для пациента, обусловленные применением психотерапевтических методов.

Зависимость является наиболее частым осложнением участия в психотерапии и выражается в формировании у пациента особого отношения к врачу как к человеку, способному помочь в трудных жизненных ситуациях и уменьшить проявления болезни. При этом собственная активность пациента снижается, и он начинает рассматривать психотерапевтическое общение с врачом в качестве единственного способа борьбы с трудностями жизни и с болезнью. В литературе широко описаны подобные эффекты зависимости, возникающие чаще всего при применении *гипнотерапии*, аналитической терапии, в связи с чем во многих руководствах выделяется специальный этап окончания аналитической терапии с целью преодоления зависимости от врача.

В последнее время наблюдаются варианты такой зависимости, когда пациент стремится к участию в группе динамической ориентации, которая становится для него своеобразной «экологической нишей», где он способен выражать свои эмоции и получать поддержку от других участников группы. Особую трудность представляют случаи зависимости пациентов противоположного с врачом пола, переживающих влюбленность в своего врача и постепенно перестраивающих свое поведение с учетом

вновь сформированного сексуального идеала. В настоящее время в практике психотерапии накоплен значительный опыт в преодолении состояний зависимости, однако такие случаи все еще встречаются. Они могут быть обусловлены недостаточной подготовкой психотерапевта, не осознающего своей ответственности за формирование зависимого поведения и даже осознанно или неосознанно формирующего у пациента подобное поведение с целью повышения своей профессиональной и личностной самооценки и оценки в глазах коллег. Эффективным путем преодоления зависимости является, во-первых, *осознание* врачом своей ответственности за формирование зависимого поведения пациента, во-вторых, обсуждение причин зависимого поведения с пациентом, в-третьих, привлечение к участию в психотерапии *супервизора* или, в крайнем случае, смена врача-психотерапевта.

Клиническое обострение симптоматики — достаточно частое явление в процессе психотерапии, и возникает этот феномен при различных психотерапевтических подходах. Разные школы психотерапии по-разному объясняют подобные явления. Обычно полагают, что здесь имеет значение изменение отношения к своему заболеванию и своим проблемам, которые становятся объектом чрезмерного внимания пациента и психотерапевта, что в конечном счете способствует снижению эффективности функционирования защитных психологических механизмов и переживанию кризиса в отношении к болезни. Современные подходы конвенциональной (договорной) психотерапии способствуют снижению страха перед ухудшением состояния, поскольку создают условия для осознанного стремления пациента к разрешению психологических трудностей и интраперсональной проблематики и к принятию личной ответственности за процесс психотерапии и ее последствия.

Негативные эффекты социального плана могут возникать в результате того, что пациент не готов к проведению психотерапии, недостаточно ответственно оценивает значение собственного поведения в процессе психотерапии из-за не вполне адекватно сформулированных целей психотерапии или недоучета возможных последствий применения данной методики.

Среди частых причин Н. э. п. следует отметить недостаточную или ошибочную диагностику психологических проблем больного, ожиданий и мотивации к лечению, возможностей и ресурсов личности пациента, а также такие особенности личности психотерапевта, как эмоциональная холодность, бессознательная враждебность, отсутствие искренности. В качестве примеров негативных эффектов социального плана можно назвать случаи разводов после психотерапии, нарастание конфликтности пациента, резкую необдуманную смену места работы и жительства и т. д.

**НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ.** Модель человеческих коммуникаций и поведения, которая может быть эффективно использована для организации или описания взаимодействий в психотерапии, педагогике, менеджменте с целью их оптимизации; современное направление постэриксоновской психотерапии (*эриксоновский гипноз*, позитивная психотерапия), разрабатываемое с 1975 г. американцами Бендлером (Bandler R.) и Гриндером (Grinder J.) (математиком и лингвистом по базисному образованию) и их последователями.

Н. п. базируется на ряде источников: 1) на изучении и анализе практики Эриксона (Erickson M. H.), Сатир (Satir V.) (*семейная психотерапия*), Перлса (Perls F. S.) (*гештальт-терапия*) и других представителей американской психотерапии; 2) на современных данных о межполушарной асимметрии — различиях в переработке информации правым и левым полушариями; работах Бейтсона (Bateson G.), посвященных «экологии разума», со ссылкой на зоопсихологические данные формирования нестандартных «творческих» стереотипов поведения дельфинов при определенных условиях дрессировки; 3) на трансформационной грамматике Хомского (Chomsky N.), выделяющей глубинные структуры языка, правила организации и трансформации сообщения; 4) на исследованиях кибернетики 1950-1960-х гг., стирающих границы между искусственным и естественным интеллектом; на теории логических типов Рассела (Russel B.). Таким образом, Н.п. является междисциплинарной интегративной концепцией необихевиористской ориентации.

Базисные постулаты Н. п. можно сформулировать следующим образом:

1. Человеческий организм, мозг подобны компьютеру, имеющему набор программ. Помимо генетического программирования, формирование «программ» стереотипов поведения и жизнедеятельности в целом осуществляется путем закрепления *внушений* значимых лиц, самопрограммирования и стрессовых переживаний, сопровождающихся трансовыми состояниями сознания.



2. Большая часть «программы» не осознается и не предьявляется в речи, но отражена в глубинных речевых структурах. Важную информацию «программы» подготовленный наблюдатель может считывать, задавая целенаправленно сформулированные вопросы и ориентируясь на специфические (формальные) языковые структуры и индивидуальные невербальные проявления в ответе человека.

3. Все поведенческие стереотипы (симптомы) имели в прошлом и, вероятно, имеют и в настоящем адаптивные функции. Но возможно «перепрограммирование» (точнее — самопрограммирование) человека на новые, более адаптивные стереотипы на основе особенностей переработки информации и трансовых состояний пациента.

4. Н. п. акцентирует внимание на «подстройке» к пациенту и эффективных технологиях взаимодействия с ним (а не на концептуальных основаниях или эмпатических взаимоотношениях с пациентом, что характерно для психодинамического или гуманистического направления). Такая «техническая» ориентация сочетается с бережным вниманием к самооценности человека и принципом «не вреди».

В Н. п. разработаны специфические методы диагностики и коррекции. При диагностике выявляются речевые искажения *метамодели*, ведущие репрезентативные системы переработки информации, проводится калибровка индивидуальных невербальных ответов «да—нет» и поверхностных коррелятов глубинных речевых структур.

Диагностика ведущей репрезентативной системы, позволяющая выбрать оптимальную форму подстройки к пациенту, проводится посредством анализа речевой продукции и поведенческих стереотипов (см. *Бiais-тест определения репрезентативных систем*) и калибровки глазодвигательных сигналов.

Представленная схема (табл. 5) отражает пространственную проекцию репрезентативных систем на поле зрения человека. Так, быстрые нистагмоидные движения глазных яблок влево—вверх указывают на репрезентацию визуальных воспоминаний и т. д. Можно предположить, что подобная проекция глазодвигательных сигналов отражает и мозговую архитектуру. Помимо приведенной типичной пространственной структуры, могут встречаться и индивидуальные отличия. В любом случае в работе с пациентом рекомендуется калибровка индивидуальных проекций репрезентативных систем и стратегий переработки информации посредством целенаправленных команд-вопросов с последующим отслеживанием глазодвигательных реакций. Тест-вопрос, адресованный визуальной памяти, может быть сформулирован так: «Какого цвета были...?» и т. п.; на выявление проекции внутреннего диалога: «Что вы себе обычно говорите, когда довольны собой?» и т. п.

**Таблица 5. Типичная схема глазодвигательных сигналов доступа к репрезентативной системе**

Право	Лево	
Визуальное конструирование	Концентрация внимания на воспоминаниях, эйдетическая память	Визуальные образы
Аудиальное конструирование	Концентрация внимания на внешних или внутренних объектах	Аудиальные образы
Кинестетические образы	Концентрация внимания на внутренних переживаниях	Внутренний диалог

Калибровка индивидуальных невербальных ответов используется в приеме «разговор с подсознанием» и проводится с помощью тестовых вопросов с фиксацией микромимических, пантомимических и вегетативных реакций. При калибровке ответов «да—нет» сначала задаются вопросы, предполагающие однозначные утвердительные ответы, затем — отрицательные. Пациент может говорить или молчать, в любом случае внимание исследователя направлено на невербальные компоненты, стереотипно повторяющиеся при ответах «да» и «нет». Квалифицированный Н. п.-коммуникатор вставляет тестовые вопросы в обычное интервью и считывает до десятка стандартных телесных ответов «да» и «нет» (расширение зрачков, учащение дыхания, подергивание щеки или стопы

и др.). Аналогичным образом калиброваться могут многие семантические структуры, преимущественно дихотомического характера («мужчина—женщина», «толстый—тонкий»), что позволяет целенаправленно вмешиваться в переживания пациента, ориентируясь на выявленные невербальные сигналы.

Коррекционные техники Н. п. преимущественно базируются на трансовых состояниях пациента. (Методики наведения транса, реализующие принципы подстройки к пациенту опосредованного вызывания реакций и многозначности.) Разработаны различные способы использования транса. Применяются и описаны методики «взмаха» («свиста»), *рефрейминга*, «якоря», аудиально-кинестетической и визуально-кинестетической диссоциации, изменения личной истории и др.

Переформирование (*reframing*) — перепрограммирование, апеллирующее к бессознательным ресурсам пациента, смена неудовлетворяющего стереотипа реагирования (симптома) или способа решения (нерешения) проблемы более адекватным и адаптивным. Возможна (и даже желательна) такая структура проработки, когда врач не знает о содержании перепрограммируемого стереотипа. Кроме названия «рефрейминг» используют и другие термины: перепрограммирование, переработка, перестройка. Предлагаемая схема переформирования является модификацией наиболее известной техники Н. п. — «шестишагового рефрейминга» — и заимствована из книги Бендлера и Гриндера «Трансформация» (1981):

1. Выработка невербальной сигнальной системы ответов «да—нет». (Нарушения метамоделей см. табл. 6)

2. Идентификация стереотипа поведения, подлежащего изменению: «Прошу вас выбрать некий стереотип поведения, который вам не нравится, назовем его — X, дать сигнал "да", когда выбор будет завершен» (+ -> 3-й шаг).

3. Подключение сигнальной системы «да—нет»: «Прошу Ваше подсознание подключить систему ответов "да—нет" к той его области, которая ведает действием стереотипа X. Когда это произойдет, прошу эту область подсознания подать сигнал "да", а затем — "нет"» (+ -> 4-й шаг).

4. Выделение положительной функции поведенческого стереотипа: «Желаете ли вы позволить вашему сознанию узнать, каково значение того, что происходит, когда проявляется стереотип X, каков его смысл?» («-» -> 5-й шаг; + -> «Продолжайте, проинформируйте ваше сознание. Когда это будет сделано, подайте мне сигнал "да", и мы сможем перейти к следующему шагу»).

5. Создание новых альтернатив: «Желает ли область подсознания, ответственная за стереотип X, обратиться к созидающим ресурсам личности и выработать новые способы поведения, отличающиеся от стереотипа X, но выполняющие такие же позитивные функции?» (+ -> «Прошу подсознание продолжать и подать сигнал "да", когда оно найдет не менее трех новых вариантов поведения». Дождавшись + ответа — перейти к 6-му шагу. Можно предварительно определить время, необходимое для поиска, предлагая конкретные временные интервалы и ориентируясь на ответы «да—нет», что позволит врачу на это время предоставить пациента самому себе).

6. Оценка новых альтернатив: «Прошу область подсознания, ответственную за стереотип X, оценить каждый из найденных вариантов. Уверено ли подсознание в том, что данный вариант поведения по крайней мере настолько же непосредствен, доступен и эффективен, как стереотип X? Прошу подавать мне сигнал "да", когда таким образом будет положительно оценен каждый новый вариант. Всякий раз, когда один из вариантов будет определен как соответствующий поставленным условиям, должен быть подан сигнал "да"». (При получении менее трех сигналов «да» — просьба о продолжении поиска и выработке большего количества вариантов, повторение 5-го шага. При достаточном количестве + ответов -> 7-й шаг.)

7. Выбор лучшей альтернативы: «Прошу подсознание выбрать новый способ поведения, наиболее доступный и наиболее точно выполняющий позитивные функции стереотипа X, и подать сигнал "да", когда такой способ будет найден» (+ -> 8-й шаг).

8. Экологическая проверка, подстройка к будущему поведению: «Прошу ваше подсознание представить использование нового способа поведения в соответствующей ситуации и сообщить сигналом "да", если он окажется удовлетворительным» (- -> 5-й шаг; + -> закрепление выбора и выведение из транса).

**Таблица 6. Нарушения метамодел**

Формы нарушений метамодел	Примеры речевых искажений	Примеры соответствующих уточняющих и корригирующих вопросов
1. Номинализация (обозначение процесса существительным)	Моя депрессия мучает меня. Тревога сводит меня с ума	Что вас угнетает? (Перевод существительного в глагол). Что тревожит?
2. Неспецифический глагол	Переживаю, чувствую	Как вы это чувствуете?
3. Отсутствующий референтный индекс	Этому... некое ощущение	Чему именно? Какое конкретно?
4. Простое ощущение	Отсутствие значимого уточнения	Что? Кто? Когда? Где?
5. Универсальный квантификатор (сверхобобщение)	Всегда... никогда	Действительно никогда?
6. Модальный оператор (предполагающий отсутствие выбора)	Я должен это сделать. Не могу...	Что случится, если не сделаете? Что вас останавливает?
7. Нарушение причинно-следственных связей	Он делает меня несчастным	Как именно он это делает с вами?
8. «Чтение мыслей» (от интуитивного высказывания «это может быть» отличается тем, что «это точно так»)	Наверняка они думают, что я...	Какие конкретные признаки того, что они думают именно так?
9. Утраченный преформатив (оценочное суждение без указания стандарта-оценки)	Я недостаточно хорошо это сделал	Относительно чего (какого стандарта)?

Пуцелик (Pucelik F.) выделяет несколько принципов эффективной психотерапевтической коммуникации:

1. Каждый пациент имеет ресурсы, которые могут ему помочь; дело психотерапевта — способствовать их реализации.

2. Индивидуально-субъективное восприятие пациентом реальности — основа психотерапии.

3. Психотерапевтическая коммуникация равна эффективной манипуляции, при которой выигрывают оба партнера взаимодействия.

4. Темп психотерапевтического процесса задается пациентом. При «регрессе» пациента на пройденную ранее ступень психотерапевт должен вернуться на эту ступень, успокоить больного, поздравить его с хорошей самозащитой от неверного шага и составить вместе с ним новый план действий.

5. *Сопротивление* следует расценивать как знак неправильного использования энергии пациента.

6. Предлагаемые приемы должны удовлетворять требованиям готовности пациента, конкретности и достижимости в недалеком будущем определенных целей, низкого риска и ориентации на успех.

7. Самый важный пациент — сам психотерапевт: половина успеха зависит не от методик, а от модели жизни самого психотерапевта, ее соответствия его поступкам.

8. Нужно доверять своей интуиции, своему «бессознательному», предоставлять себе право на эксперимент с новыми приемами и право на ошибку в работе с пациентом.

В настоящее время последователи Н. п. есть во многих странах мира.

Наиболее значительные книги, посвященные Н. п., представляют собой переработанные стенограммы семинаров Гриндера и Бендлера и содержат ответы на критические вопросы и практические упражнения.

**НЕОПСИХОАНАЛИЗ.** Изучение истории *психоанализа*, приближающегося к концу первого

века своего существования, показывает, что это не статическая и монолитная теория, а динамическая, с постоянно изменяющейся и расширяющейся системой взглядов на человеческую психику. В то время как определенные основополагающие элементы остаются в виде прочного фундамента, изменяющиеся социальные и культурные условия приводят к образованию новых концепций о человеческой психике. Развитие психоанализа после *Фрейда* (Freud S.) составляет содержание Н., включающего ряд концепций, реформирующих классическую психоаналитическую теорию.

1. Концепции Эго-защит и адаптивной функции Эго включают взгляды Нанберга (Nunberg H.) о синтетической функции и принцип множественной функции Уэльдера (Waelder R.), которые становятся предвестниками понятия об адаптивных функциях Эго, выражающих попытку смягчения давления со стороны влечений, Супер-Эго и внешней реальности. Работа А. Фрейд (Freud A.) «Эго и механизмы защиты» (1936) явилась значительным вкладом, консолидировавшим эти научные идеи. В своей книге А. Фрейд разрабатывает концепцию специфических защит, дополняющих основной механизм подавления.

2. Концепции культурного психоанализа перемещают центр тяжести в направлении культурных сил, при этом значение биологических и интрапсихических аспектов психического функционирования сводится к минимуму. Типичным представителем такой теории является Кардинер (Cardiner A.), ставящий акцент на влиянии социальных институтов, деятельность которых определяется методами, используемыми обществом для разрешения проблем выживания при формировании личности. *Хорни* (Horney K.) также радикально отходит от аналитических концепций о влечении, интрапсихическом конфликте, пережитом в детстве, и влиянии прошлого опыта, отдавая первенство культурным воздействиям. Она пренебрегает психобиологическим фундаментом взросления человека и взаимодействием этого психобиологического начала с опытом. *Фромм* (Fromm E.) исследует связи личности и индивидуального развития с социальной структурой. *Салливан* (Sullivan H. S.) считает, что источником психического заболевания являются нарушенные интерперсональные отношения. Соглашаясь с некоторыми психобиологическими концепциями Фрейда, в том числе об инстинктивных влечениях, главным он считает конфликт между индивидом и человеческим окружением. Салливан занимается в основном больными шизофренией и с пограничными состояниями, у которых отсутствует здоровая структура внутренней жизни, в результате чего у них возникли патологические отношения с окружающими. Его концепция интерперсональной психотерапии находит применение главным образом в работе с такими пациентами, помогает им более успешно адаптироваться к реальности.

3. Психосоциальная концепция Эриксона (Erikson E.) объясняет концепции культурных влияний и *индивидуальной психологии*. Начав с теории либидо, Эриксон изучает сложное взаимодействие социальных и культурных факторов с силами взросления, раскрывающимися в индивиде. Он предлагает концептуальное объяснение социального развития, прослеживает раскрытие генетически социального характера и превращения его в социальном окружении в каждой фазе. Соответственно социальные нормы не диктуются принудительно изначально асоциальному индивиду, а скорее общество влияет на способ решения индивидом задач каждой эпигенетической стадии. Это осуществляется посредством «органических свойств», которые по мере развития перемещаются на другие функции и могут становиться автономными (неинстинктивными) и адаптивными, после того как им придана форма и ценность «социальными модальностями» (получение, отдавание, приобретение), устанавливаемыми общественными институтами. Из этого процесса возникает чувство идентичности, сила которого зависит от относительного успеха, достигнутого при решении жизненных задач. По мнению Эриксона, существует 8 этапов развития человека, в каждом из которых индивид проявляет «достоинства Эго-критериев, по которым можно судить, что его Эго на данной стадии обладает достаточной силой, чтобы интегрировать развитие со структурой социальных институтов». Эти 8 стадий таковы:

- 1) доверие против основного недоверия — это стадия, соответствующая оральной в классической психоаналитической теории;
- 2) автономия против стыда и сомнения — соответствует анальной стадии;
- 3) инициатива против вины — фаллической и эдиповой стадиям;
- 4) трудолюбие против неполноценности — латентному периоду;
- 5) тождественность против ролевого рассеивания — юности и ранней зрелости;
- 6) близость против одиночества — соответствует зрелому возрасту, тому, что называется «во

цвете лет»;

7) продуктивность против застоя — среднему возрасту;

8) сохранность Эго против отчаяния — старости.

Многие аспекты развития Эго, по мнению Эриксона, можно сформулировать терминами возрастания чувства идентичности, а более или менее жестокий кризис идентичности является отличительной чертой поздней юности и ранней зрелости. Многие проблемы, касающиеся идентичности, концентрируются вокруг той роли, которую играет усиление или ослабление идентификации. Считается, что нарушение идентификации с родителями в детстве, особенно с родителями одного пола, уменьшает чувство идентичности, но неудача в осуществлении деидентификации с ними в юности вызывает сходный эффект.

4. Концепции Эго-психологии. Доминирующей фигурой в развитии психоаналитической теории в 1950-70-е гг. становится Хартманн (Hartmann H.). Как и Эриксон, он исходит из психоаналитической теории Фрейда, но его подход более тесно связан с представлениями о биологической адаптации, тогда как Эриксон акцентирует внимание на социологических ее аспектах. Хартманн разрабатывает концепцию о врожденных источниках развития Эго, существующих независимо от инстинктивных влечений в форме «аппаратов первичной автономии» — перцепции, мобильности и памяти. Со временем эти врожденные способности начинают регулироваться психическими процессами и служат целям адаптации. Хартманн выделяет первичные и вторичные автономные функции, обеспечивающие относительную независимость Эго от влечений и тем самым служащие адаптивным целям. Он делает акцент на субъективном опыте, смысле и эмпатических интеракциях.

5. Концепции объектных отношений получают развитие в последние 40 лет и исследуют взаимоотношения между индивидами. Кляйн (Klein M.) разрабатывает свои представления на основе игровой терапии с детьми, в которой она является пионером. Ее концепция отличается от классической психоаналитической теории: в качестве клинического понятия принимается инстинкт смерти; допускается врожденная амбивалентность; развитие Эго рассматривается как процесс непрерывной интроекции и проекции объектов, а не как продвижение субъекта через ряд стадий, в которых используются различные защиты; считается, что источники невроза относятся к первому году жизни, а не к первым нескольким годам, и заключаются в невозможности перехода через депрессивную позицию, а не в фиксации на различных стадиях в период детства. В результате депрессивная позиция в концепции Кляйн играет ту же самую роль, что и комплекс Эдипа в классической теории. Предполагается, что младенец живет в мире гораздо более пылких фантазий, чем это принято считать в классической теории, и что основной задачей психоанализа является скорее *интерпретация* бессознательных фантазий, чем интерпретация защиты против бессознательных импульсов. Таким образом, анализ Кляйн отличается от *классического психоанализа* отказом от понятий стадий развития детской сексуальности и точек фиксации в пользу концепции позиций, а также приписыванием большей важности первому году жизни, а не детству в целом. В концепции Кляйн установлены две позиции: параноидно-шизоидная и депрессивная. Понятие позиции имеет родовое сходство с классическим понятием «стадия развития сексуальности» и отличается от него тем, что является скорее сложным паттерном фантазии и отношений к объекту, чем привязанностью к одному объекту и одной эрогенной зоне. Обе позиции встречаются на первом году жизни, т. е. на протяжении оральной стадии в классической теории. Параноидно-шизоидная позиция предполагает, что индивид борется с врожденными деструктивными импульсами путем расщепления своего Эго и своих представлений об объектах как о хороших и плохих и проецирования своих деструктивных импульсов на плохой объект, со стороны которого чувствует себя преследуемым. Согласно Кляйн, параноидно-шизоидная позиция представляет собой первую попытку младенца овладеть своим инстинктом смерти и предшествует депрессивной позиции. Неспособность достичь депрессивной позиции приводит, с точки зрения Кляйн, не только ко многим шизоидным и параноидным расстройствам, но и к Obsessive нарушениям, при которых «преследующий плохой объект интроецируется и образует ядро Супер-Эго». Под депрессивной понимается позиция, которой достигает младенец (или пациент в анализе), когда он ясно представляет себе, что как его любовь, так и его ненависть направлены на один и тот же объект — мать, когда он четко осознает свою амбивалентность и озабочен тем, чтобы защитить мать от своей ненависти и возместить тот ущерб, который в его воображении причинила ей его ненависть.

Другим представителем концепций объектных отношений является Фэрбэрн (Fairbairn R. D.). В своей книге «Пересмотренная психопатология психозов и психоневроз» он описывает психическое развитие с позиций отношения к объекту и утверждает, что разнообразные психозы и неврозы отличаются друг от друга не регрессией к различным стадиям развития сексуальности, а степенью незрелости личности. Во время первой выделенной им стадии — стадии младенческой зависимости — младенец объективно всецело зависит от матери (груди), к которой он первоначально имеет неамбивалентное отношение. Однако неизбежные переживания фрустрации и отказов со стороны матери приводят к шизоидной позиции, когда Эго младенца расщепляется на три части, две из которых — либидинозное Эго и антилибидинозное Эго. Третья часть младенческого Эго становится центральным Эго, которое соответствует понятию Эго в классической теории. Либидинозное Эго соответствует Id, а антилибидинозное Эго, менее точно, — Супер-Эго. Фэрбэрн выделяет вторую стадию развития — стадию перехода, или квазинезависимости. Инфантильная зависимость заменяет *эдипов комплекс* в качестве центрального фактора психопатологии. Это приводит к концепции бесконечной регрессии. Фэрбэрн рассматривает прогрессивное развитие более зрелых форм объектных отношений как освобождение личности от потребности раздвоения и подавления.

Уинникотт (Winnicott D. W.) — последователь Фэрбэрна в замене представлений о влечениях концепцией инфантильной зависимости. Он предлагает теорию переходного объекта; это физические предметы — игрушки, одеяло и т. д., которые олицетворяются и воспринимаются как комбинации качеств материнского объекта и собственного развивающегося «Я». Эта концепция имеет отношение к характеристикам интеракции «мать—ребенок», в процессе которой ребенок получает физическую и *эмоциональную поддержку*, необходимую для раскрытия его психического потенциала. Говоря об аспектах развития, Уинникотт также подчеркивает значение «достаточно хорошего материнского отношения» и «удерживающего окружения». Гантрип (Gantrip H.), последователь Фэрбэрна и Уинникотта, пытается синтезировать различные концепции объектных отношений: раздвоение и внутренний мир Кляйн; социальные корни Эго Эриксона; автономные Эго-функции Хартманна; переменчивость развития Эго Фэрбэрна.

Важную роль в привлечении внимания психоаналитиков к концепции «Я» сыграл Джекобсон (Jacobson E.). Психоаналитическая теория пренебрегла этим понятием, занимаясь главным образом влечениями и Эго-механизмами. Основываясь на идеях Хартманна и Эриксона, Джекобсон формулирует эволюционную динамическую и структурную теорию образования представлений о своем «Я» и объекте.

В концепции фаз взросления Малер (Mahler M. S.) использует прямое наблюдение для демонстрации того, как у ребенка развивается ощущение своего «Я» и объектов. Она разрабатывает систему последовательных фаз взросления, в которой интеракции ребенка с матерью ведут к появлению стойкого чувства собственного «Я», отличающегося от объектов. Главные стадии этого процесса — аутистическая, симбиотическая и отделения (индивидуализации). Последняя фаза, начинающаяся в конце первого года жизни, подразделяется на «вылупление из яйца», привыкание, установление гармоничных отношений и объектное постоянство. Особый интерес представляет идея о кризисе гармоничных отношений, при котором каждый ребенок колеблется между расставанием с матерью и возвращением к ней. На потребность в независимости накладывается страх потерять мать. Это объясняет уязвимость ребенка к переменам в отношениях с матерью. Концепция представляется полезной для понимания развития характера, ощущения собственного «Я» и объектных отношений.

В целом концепции объектных отношений в значительной мере создаются на основе работы с пациентами, не страдающими неврозами. Акцент делается на факторах раннего детства, когда неправильное отношение матери приводит к дефектам, искажениям и одновременному игнорированию интрапсихического конфликта, играющего центральную роль у больных неврозами.

6. Концепция собственного «Я» Когута (Kohut H.) вытекает из аналитической работы со взрослыми пациентами с нарциссическими нарушениями личности. Он приводит описание двух типов нарциссических *переносов*: зеркально отражающего, с возрождением инфантильной потребности получать ответную реакцию и быть ценным, и идеализирующего, с воссозданием потребности в идеальном объекте для поддержки не полностью сформированного монолитного «Я». Недостаточность монолитного «Я» обуславливается дефицитом материнской заботы в ранний период жизни,

необходимой для эмпатических интеракций, ведущих к интернализации опыта прошлого и развитию психологической структуры. Психопатология, возникающая в результате этих ранних деприваций, объясняется нарциссизмом или ощущением собственного «Я», а не конфликтом вокруг объектных отношений, как в случае невроза. Отсюда вытекает психотерапевтическое обоснование необходимости предоставления эмпатического опыта для укрепления структуры психики, что поможет восполнить этот дефицит. Здесь просматривается некоторое сходство с психотерапевтическими подходами, пропагандировавшимися Ранком (Rank O.), *Александром* (Alexander F. G.) и Уинникоттом, согласно которым предположение о депривации в раннем периоде жизни диктует необходимость предоставления эмпатических переживаний с целью исправления дефицитов и искажений личности.

Когут заменяет концепцию Эго на концепцию собственного «Я», которое является сутью личности и состоит из основополагающих устремлений, талантов, навыков и идеализированных целей. Эти составные части обладают силой, содержанием и связью друг с другом. Теория сновидений подверглась модификации и включает непосредственные переживания своего «Я», а не скрытое выражение бессознательных желаний. Когут обращает внимание на потребности в *эмпатии*, способствующей возникновению Я-объектных переносов, которые и создают целостное «Я». В клиническом плане его технический подход перспективен для пациентов, относящихся к категории нарциссической личности.

7. Концепция терапии и техник. Бибринг (Bibring E.) выдвигает представление о генезе и динамике депрессии, альтернативное формулировке Фрейда. Фрейд делает акцент на механизме интроекции амбивалентно любимого объекта при направленности враждебности против Эго, а Бибринг — на потере самоуважения, обусловленной неудачами и истощением Эго.

Другим автором, содействующим упорядочению и организации существующих аналитических принципов и приемов, является Фенихель (Fenichel O.), написавший книгу «Проблемы психоаналитической техники».

Значительная фигура в этой области — *Александр*, разрабатывающий концепцию *коррективного эмоционального опыта*, альтернативную направлениям, акцентирующим внимание на интерпретации и *инсайте*. Он считает, что последние игнорируют важность аффективного опыта, и отстаивает мнение, что психоаналитик должен создать такие терапевтические взаимоотношения с пациентом, которые способны нейтрализовать некоторые главные патологические отношения в детстве. Это поможет больному преодолеть отрицательные последствия детского опыта, сформировавшего в его личности патологический стиль отношений.

Заканчивая анализ концепций Н., следует подчеркнуть, что изменились цели и характер проведения *психоаналитической психотерапии*. В настоящее время целью психоанализа является широкомасштабное изменение структуры характера, что вызывает необходимость продления срока психотерапии, который сейчас составляет обычно от 3 до 6 лет. Стереотип холодного, молчаливого психотерапевта неприменим к современному психоаналитику, считающему, что его пациент является партнером в выполнении трудной задачи, требующей сотрудничества и взаимного уважения. Обе стороны понимают, что аналитическому поиску аналогичных, аффективно незрелых производных конфликта наиболее способствует рабочий альянс, т. е. относительно неневротические, рациональные взаимоотношения между пациентом и психоаналитиком.

Наблюдается тенденция к расширению сферы анализа, распространившегося и на патологические синдромы, которые первоначально считались неподходящими для него. Классическая техника по-прежнему больше всего годится для лечения неврозов, а психоанализ распространяется на все аспекты личности, на взаимодействие с реальностью и на все типы психопатологии.

См. также *Психоаналитическая психотерапия объектных отношений по Кернбергу*.

**НЕОПСИХОАНАЛИЗ ШУЛЬЦА-ХЕНКЕ.** Немецкий психиатр и психоаналитик Шулц-Хенке (Schultz-Hencke H., 1892-1953) — один из виднейших представителей так называемого *неопсихоанализа*. Выпускник Берлинского психоаналитического института. С 1936 г. работал в организованном нацистами, единственном тогда в Германии институте психологических исследований и психотерапии под руководством М. Геринга (Goring M.), родственника рейхсмаршала. Отказался вступать в НСДАП, что по тем временам было неслыханным поступком. В 1940 г. опубликовал свой главный труд «Der gehemmte Mensch» («Скованный человек»), который обозначил как «учебник

неопсихоанализа». В послевоенные годы основал в Берлине Центральный институт психогенных заболеваний, который стал первым в Германии психиатрическим учреждением, в котором расходы по лечению покрывались медицинским страхованием. Вследствие обвинений в сотрудничестве с нацистским режимом не был принят в Международную психоаналитическую ассоциацию и основал свое собственное психоаналитическое общество, пользующееся в Германии до сих пор значительным влиянием. Основные труды: «Учебник анализа сновидений» (1949), «Учебник аналитической психотерапии» (1951), «Проблема шизофрении» (1952).

Хотя Шульц-Хенке утверждал, что его концепция представляет собой сплав идей *Фрейда* (Freud S.), *Адлера* (Adler A.) и *Юнга* (Jung C. G.), она является в достаточной степени оригинальной. Как и все неопсихоаналитики, он отказался от теории либидо. Фрейд называл либидо «мифической силой», а Шульц-Хенке полагал, что научная теория не должна основываться на мифах. Он считал, что понятие сексуальности не следует распространять за пределами того, что под этим имеется в виду в обычном словарном обиходе, и отрицал сексуальную природу двух других важнейших выделяемых им побуждений — агрессивности и стремления к обладанию.

Шульц-Хенке предложил несколько отличную от принятой в классическом психоанализе схему этапов формирования личности. Самый ранний этап, обозначаемый у Фрейда как «полиморфно-перверсный», он по существу десекуализировал, понимая его как «переживание интенциональных побуждений», т. е. просто как недифференцированное обращение к окружающему миру. Следующий, оральный этап классического психоанализа, характеризуемый побуждением поглотить, интернализировать, Шульц-Хенке понимает несколько шире, чем просто оральный рефлекс грудного ребенка. Он называет его «орально-каптитивным желанием иметь», т. е. схватить какой-то элемент внешнего мира. Анальная фаза развития, по Фрейду, определяется конфликтами ребенка с воспитателями в связи с контролем дефекации. Шульц-Хенке считает этот конфликт лишь частным примером, на котором видно проявление побуждения ребенка сохранять то, что он имеет, и формирование его способности отстаивать реализацию этого побуждения в дальнейшей жизни. Когда подрастающий ребенок ломает игрушки, для классического психоанализа это — проявление инстинкта врожденной агрессивности. Шульц-Хенке видит в этом двигательный подход к внешнему миру, одно из проявлений побуждения к ознакомлению с ним. Игрушка, с его точки зрения, ломается не в результате врожденной склонности ребенка к разрушению, а вследствие несовершенства его моторики или неполного понимания. Ригидное воспрепятствование такому поведению ребенка чревато в последующем формированием сниженной самооценки или вторичной склонности к деструктивной агрессии.

В уретральной эротике классического психоанализа Шульц-Хенке, отдаваясь полету фантазии, видит начальные проявления побуждения к честолюбию и самоотдаче. Эдиповский или генитальный, по Фрейду, этап развития Шульц-Хенке считает сексуальной фазой реализации побуждения к нежности, отрицая значение *эдипова комплекса*. В то время как Фрейд считал нежность вторичным, подавляемым проявлением сексуальности, Шульц-Хенке указывал на то, что нежность проявляется раньше сексуальности и поэтому должна рассматриваться как перекрывающий феномен. В ходе развития побуждения к нежности внутри него формируются эротические мотивы, в которых уже возникают собственно сексуальные побуждения. Нарушения в этой цепи развития, а не эдиповский конфликт вызывают, по мнению Шульца-Хенке, сексуальные и характерологические расстройства.

Базисная структура побуждений, которые Шульц-Хенке никогда не называет инстинктами, складывается из трех основных групп: побуждение к обладанию (интенциональное, орально-каптитивное, анально-ретентивное), побуждение к собственной значимости, признанию (анально-агрессивное, моторно-агрессивное, уретральное) и побуждение к любви (нежное, эротическое, сексуальное). В основе всех форм психопатологии автор видит недоразвитие, гипертрофию или качественное искажение каких-то побуждений, возникающих вследствие недостаточного учета конституциональных особенностей ребенка, дефектов идеологии воспитания и структуры личности родителей. Типичной для невротика Шульц-Хенке считал так называемую «триаду скованности»: деформация побуждений, невозможность реализовать продуктивное поведение и завышение притязаний. Блокада гармоничного развития личности искаженными побуждениями занимает в концепции Шульца-Хенке столь важное место, что он хотел какое-то время переименовать психоанализ



в «десмолиз», имея в виду снятие оков («десмос»), затрудняющих личностное функционирование. В конце концов он остановился на термине «неопсихоанализ», справедливо считая, что он будет более понятным и принятым.

Шульц-Хенке считал нарушения побуждений лишь предпосылкой для возникновения неврозов и расстройств личности. Для манифестации патологии необходима еще ситуация социального стресса. В своих работах он детально связывает определенные конфигурации нарушенных потребностей с особенностями стрессовых ситуаций и типичными кризисными этапами жизни, на которые приходится эти ситуации (пубертат, первый сексуальный опыт, профессиональное становление и т. п.), давая конкретные ориентиры для психотерапевтического процесса. В этих работах можно встретить прекрасные и во многом оригинальные описания характерологических типов, а также сложный механизм формирования отдельных черт характера. Так, например, алчность, с его точки зрения, может являться компенсацией заблокированного побуждения к любви, а расточительство — скрытой мстостью за блокаду конструктивной агрессии.

Шульц-Хенке внес существенный вклад в развитие психоаналитической психосоматики, одним из первых указав на то, что психосоматические заболевания могут формироваться принципиально иначе, чем симптомы конверсионной истерии, связанные с психотравмирующими ситуациями в жизни больного. Он связывал нарушения конкретных побуждений с определенными группами органов, функционирование которых может патологически измениться вследствие этих нарушений.

В своей лечебной практике Шульц-Хенке был ближе всего к технике Фрейда с поправкой на теоретические расхождения между ними. К школе Адлера он относился скептически, считая, что основной целью психотерапии здесь является не освобождение больного от психодинамически обусловленных оков, а укрепление социальной морали, облегчающей приспособление к человеческому сообществу. К терапии по Юнгу он относился еще более скептически, считая, что она предоставляет лишь иллюзорную компенсацию социальной изоляции путем бегства в элитарную глубинную психологию для узкого круга посвященных.

Труды Шульца-Хенке оказали в целом не слишком большое влияние на развитие психоанализа. Некоторые из его идей (как, например, отрицание пансексуализма Фрейда, врожденного инстинкта агрессии и роли эдипова комплекса) совпали с теми, которые независимо от него появились и укоренились в основном русле теории психоанализа. Но большинство из начертанных им схем так и осталось на бумаге. Оценивая его вклад в науку, следует учесть, что большую часть жизни ему пришлось работать в нацистской Германии, в изоляции от коллег. Трудно сказать, как формировались бы его идеи при наличии своевременного доступа к трудам своих современников.

**НЕОФРЕЙДИЗМ** (постфрейдизм). Использование психоаналитической теории и *фрейдизма* в различных областях знаний: медицине, психологии, социологии, философии, лингвистике, художественном творчестве на основе концепции о решающей роли социокультурных факторов в этиологии невроза.

*Психоанализ Фрейда* (Freud S.) оказал большое влияние на развитие современной философии. Психоаналитический подход к исследованию внутреннего мира человека использован в экзистенциальной философии. Свой метод феноменологического анализа человеческой деятельности, выявления смысла, мотивов поведения индивида Сартр (Sartre J.-P.) назвал экзистенциальным психоанализом. По мнению другого экзистенциалиста — Тиллиха (Tillich P.), «Фрейд является подлинным экзистенциалистом в смысле всех экзистенциальных описаний человека, находящегося в критической ситуации».

Существенно влияние Фрейда на структуралистское движение, которое использовало психоаналитическую теорию для раскрытия процессов структуризации мышления, языка, исторических, экономических и этнологических аспектов цивилизации. Основатель французской школы структурализма Лакан (Lacan J.) (см. *Структурализм Лакана*) рассматривал бессознательное как феномен языка, тесно связанный с культурной жизнью человечества. Он использовал идеи Фрейда для лингвистического анализа художественных произведений и психоаналитической *интерпретации* их содержания.

В персоналистской философии, акцентирующей внимание на духовном мире личности, внутриспсихических конфликтах, творческой субъективности, нашли отражение представления Фрейда

о конфликте между цивилизацией и существованием человека, концепция *Адлера* (Adler A.) о творческой субъективности личности, идея *Юнга* (Jung C. G.) о «персоне» как особой духовной инстанции личности. Идеи Н. стали активно проникать в социологию с конца 1940-х гг. Структурно-функциональный анализ, изучающий механизмы и структуры, обеспечивающие устойчивость общественной системы, и признающий обусловленность поведения человека и социальной организации нормативными предписаниями и ценностями, позаимствовал из *психоанализа* идеи для интерпретации социальных норм и запретов в детском возрасте.

В культурной антропологии психоанализ лег в основу концепции личности, понимающей процесс ее социализации как взаимодействие потребностей, импульсов, аффектов индивида с влиянием внешнего социального нормирования. Культурная антропология, изучающая культурную основу природы человека, культурные характеристики его поведения, использует психоанализ для понимания групповой психологии и национального характера. Культура рассматривается как инструмент адаптации к среде и воздействия на нее, условие познания и *самоактуализации*. В культурной антропологии широко применяется понятие социального символа как выражение рационально неосознаваемого, но чрезвычайно важного события.

Основоположник символического интеракционизма Мид (Mead G. H.) полагал, что общество и индивид утверждаются в процессе межиндивидуальных взаимодействий, и сосредоточил свое внимание на анализе их символических аспектов. В изучении структуры и динамики развития личности, микроструктуры социальных взаимодействий, проблем социализации и социального контроля символический интеракционизм опирается на психоаналитическую теорию.

Леворадикальная социология, являющаяся преемницей франкфуртской школы (Marcuse G., Fromm E., и др.), рассматривает социальный мир с точки зрения возможности, желательности его радикального изменения. Основной темой исследований являются анализ доминирования авторитарной личности с ее антидемократическими методами руководства и попытки с помощью социологических исследований постичь соответствующую человеческую реальность. Отрицание традиционной науки связано с тем, что она рассматривается как инструмент эксплуатации и угнетения, воплощение буржуазной идеологии. По мнению Маркузе, культура носит репрессивный характер, устранение которого ведет к высвобождению эротических влечений человека и уничтожению социальных норм и запретов. В качестве средства революционного преобразования общества он предлагал насильственные методы борьбы. Эти идеи оказали влияние на формирование философии «новых левых». Концепция Маркузе легла в основу антипсихиатрии, рассматривающей государственную систему здравоохранения, в частности психиатрию, как механизм насилия, подавления личности, а болезнь — как вид протеста против семейных и социальных норм.

К Н. обычно относят различные концепции фрейдомарксизма, одним из видных представителей которого является Райх (Reich W.), считавший, что капиталистическое общество подавляет человеческую сексуальность и это становится причиной невротизации общества. Оздоровление цивилизации возможно в ходе сексуальной революции, элиминирующей сексуальное угнетение, что приведет к искоренению неврозов. По аналогии с политической экономией К. Маркса Райх назвал свою концепцию сексуально-экономической (см. *Характерологический анализ Райха*).

Психоаналитическая теория Фрейда продолжает оказывать влияние на мировую литературу, кинематографию, искусство. Заметно влияние концепции Юнга об архетипах — характерных национально-культурных символах, используемых для психоаналитической интерпретации произведений изобразительного искусства.

См. также *Психоанализ и литература, Психоанализ и политика*.

**НЕРВНО-МЫШЕЧНАЯ РЕЛАКСАЦИЯ.** Под этим термином понимается процесс выполнения индивидом ряда упражнений, которые могут снизить нервную активность (нервно-) и сократительное напряжение поперечно-полосатой скелетной мускулатуры (мышечная). Этот процесс обычно включает изотонические и/или изометрические сокращения мышц, выполняемые пациентом согласно исходным инструкциям психотерапевта. Наиболее известным из методов Н.-м. р. является *прогрессирующая мышечная релаксация Джекобсона*.

**ОБМЕН РОЛЯМИ.** Одна из основных техник *психодрамы*, а также один из самых популярных методов, используемых как в клинике, так и в обучении, в *тренинге* межличностного общения и т. д.

Техника О. р. заключается в том, что на короткое время два человека меняются местами, так что А становится Б, а Б становится А. Протагонист временно становится вспомогательным лицом, а последний играет роль протагониста. При этом они меняются местами физически, перенимая позу, манеры, состояние другого; вспомогательное лицо в роли протагониста повторяет также последние слова протагониста.

Любой О. р. означает также и отражение, но протагонист здесь не просто смотрит на себя со стороны, а кроме того играет и старается прочувствовать роль своего визави. Протагонист, проявляющий *сопротивление*, играя самого себя, может сопротивляться в меньшей степени, если ему позволить играть роль кого-то другого. В сравнении с техникой «пустого стула» О. р. позволяет ввести столь важную в смысле человеческого существования *обратную связь*.

Во время фазы действия и одной сцены такой обмен может происходить несколько раз. Требуется некоторое время, чтобы войти в роль другого человека и освоиться в ней. Поэтому пребывание в чужой роли не должно быть слишком коротким (за исключением случаев, когда необходимо получить информацию).

Согласно *Морено* (Moreno J. L.), техника О. р. соответствует стадии познания «Ты» в развитии детей. Ребенок вживается в роль того, чью роль он играет, и пытается взглянуть на себя со стороны. Появление речевой коммуникации подразумевает воображаемый О. р., так как речь, в отличие от жестов, воспринимается собеседниками одинаково. Для многих О. р. — знакомое явление: люди часто задумываются о том, как бы они повели себя на чьем-то месте, говорят «На твоём месте я бы...», «Войди в моё положение».

О. р. позволяет взрослому человеку, прошедшему стадию дифференциации между «Я» и объектом, вернуться в область целостного и реального переживания, не подвергая при этом угрозе результат речевого развития — осознанность.

**ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ.** Специфический фактор *групповой психотерапии*. В процессе групповой психотерапии О. с. предоставляет пациенту информацию о том, как его воспринимают другие участники группы, как они реагируют на его поведение, как понимают и интерпретируют его, как его поведение воздействует на других. О. с. даёт возможность участнику группы понять и оценить свою роль в типичных для него межличностных ситуациях и конфликтах и благодаря этому глубже понять собственные проблемы. Феномен О. с. проявляется в тех ситуациях, когда субъект восприятия имеет возможность получить от партнера по общению информацию о том, как он воспринимается. В качестве О. с. выступает любая информация, которую человек получает от реципиента своего поведения. О. с. может быть прямой или косвенной, немедленной или отсроченной, аппаратурной (фотографии, магнито- и видеозаписи и пр.) или личностной (вербальной и невербальной, оценочной или не содержащей оценки, эмоционально окрашенной и эмоционально нейтральной, описательной и содержащей *интерпретацию*, ролевой и идентификационной и пр.). О. с. в психотерапии способствует реализации ведущего механизма ее лечебного действия — *конфронтации*, однако как источник информации отличается от интерпретации. Интерпретация может быть неадекватной, неточной, искаженной под влиянием собственной проекции интерпретатора. О. с. «правильна» уже сама по себе: она является информацией о том, как реагируют на поведение пациента другие участники психотерапевтического процесса. Вопрос о том, может ли О. с. содержать элементы интерпретации, однозначного ответа не находит. О. с. существует и в рамках *индивидуальной психотерапии*, однако здесь ее содержание весьма ограничено. В групповой психотерапии О. с. более многопланова, поскольку осуществляется между каждым из членов группы и группой как целым. *Психотерапевтическая группа* предоставляет пациенту не просто О. с. — информацию о том, как он воспринимается другим человеком, но дифференцированную О. с., О. с. от всех участников группы, которые могут по-разному воспринимать и понимать его поведение и по-разному на него реагировать. Таким образом, пациент видит себя в разных зеркалах, отражающих различные стороны его личности. Дифференцированная О. с. не только даёт разноплановую информацию для совершенствования

самопонимания, но и помогает пациенту научиться различать собственное поведение. Реакция самого пациента на информацию, содержащуюся в О. с., также представляет интерес как для других участников группы (являясь обратной связью второго порядка, т. е. обратной связью на обратную связь), так и для самого пациента, позволяя ему увидеть значимые аспекты собственной личности и свои реакции на рассогласование образа «Я» с восприятием окружающих. Переработка и интеграция содержания О. с. в процессе групповой психотерапии обеспечивает коррекцию неадекватных личностных образований и способствует формированию более целостного и адекватного образа «Я», представления о себе и самопонимания в целом. Кратохвил (Kratochvil S., 1978) выделяет в самосознании, или образе «Я», 4 области: открытую (то, что знает о себе сам человек и знают о нем другие), неизвестную (то, что человек не знает о себе и не знают другие), скрытую (то, что человек знает о себе, но не знают другие), слепую (то, что человек не знает о себе, но знают другие). О. с. несет информацию, позволяющую пациенту уменьшить слепую область самосознания. Для создания в психотерапевтической группе эффективной системы О. с. необходима определенная атмосфера, характеризующаяся прежде всего взаимным принятием, чувством психологической безопасности, доброжелательностью, взаимной заинтересованностью, а также наличием мотивации к участию в работе психотерапевтической группы и явления «размораживания», при котором участники группы готовы и могут отказаться от привычных, сложившихся способов восприятия и взаимодействия, обнаружив их недостаточность и несовершенство. О. с. в группе более эффективна, если она не отсрочена, т. е. если предоставляется пациенту непосредственно в момент наблюдения его поведения, а не через некоторое время, когда ситуация перестает быть актуальной и значимой или когда уже вступили в действие психологические защитные механизмы. Эффективная О. с., по мнению ряда авторов, является в большей степени описательной или содержит скорее эмоциональные реакции на поведение участника группы, чем интерпретации, оценки и критику. Более эффективной будет также дифференцированная О. с., т. е. О. с., поступающая к пациенту от нескольких участников группы, поскольку она представляется ему более достоверной и может оказать на него большее влияние. Иногда в *тренинговых группах* формируются определенные правила предоставления и принятия О. с. (например: «Говори о своих чувствах, но не оценивай», «Слушай внимательно, но не пытайся ответить каждому» и др.). Хотя в психотерапевтических группах такие правила жестко не формулируются, однако психотерапевт стремится к развитию в группе наиболее эффективных форм О. с. в рамках той или иной теоретической ориентации (см. *Механизмы лечебного действия групповой психотерапии*).

**ОБУЧЕНИЕ В ОБЛАСТИ ПСИХОТЕРАПИИ.** С развитием организационных основ психотерапевтической помощи все большую актуальность приобретает разработка основных принципов и методов подготовки и повышения квалификации в области психотерапии. Важнейшей задачей является создание и реализация последовательной системы, преемственных и взаимосвязанных учебных программ, позволяющих осуществлять додипломную, послевузовскую и последипломную подготовку врачей-психотерапевтов, клинических (медицинских) психологов и других специалистов, принимающих участие в психотерапии. Программы непрерывного обучения и примерные тематические учебные планы подготовки по специальности «психотерапия» представлены в Приложении 14 к приказу Минздрава России от 30 октября 1995 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи».

В период додипломной подготовки студенты младших курсов проходят обучение по общей, социальной и клинической (медицинской) психологии, психиатрии. Это формирует базу для последующей подготовки по психотерапии. Студенты старших курсов (5 курс) на цикле «Основы психотерапии» получают представления о современной психотерапии, ее ведущих направлениях, осваивают коммуникативную сторону лечебного процесса, знакомятся с принципами оказания психотерапевтической помощи.

Послевузовская подготовка осуществляется в интернатуре по специальности «психиатрия». Дальнейшая последипломная подготовка по психотерапии проводится в виде участия в циклах специализации, а затем и тематических циклах в учреждениях последипломного образования. Высшей формой подготовки высококвалифицированных специалистов в области психотерапии являются клиническая ординатура и аспирантура. Для получения сертификата врача-психотерапевта необходимо выполнение определенных требований, изложенных в образовательном стандарте по психотерапии (обязательный минимум), которые предполагают не только наличие определенного психиатрического и

психотерапевтического стажа работы, но и обучение продолжительностью не менее 700 учебных часов.

Актуальными в настоящее время являются: повышение знаний в области психотерапии всех врачей; тематическое усовершенствование врачей — представителей ряда специальностей, где психотерапия может играть существенную роль в комплексном лечении больных; профильное обучение врачей, для которых психотерапия становится основной специальностью.

Многие организаторы здравоохранения считают важнейшей задачей развития здравоохранения безотлагательное повышение уровня подготовки врачей общей практики в области психотерапии. При перечислении основных предпосылок к обучению основам психотерапии всех врачей на первое место обычно ставят наличие достаточно четких теоретических представлений о клинике и природе неврозов и других пограничных психических расстройств, надежность диагностических и терапевтических методов в области пограничных состояний и психотерапии, которыми мог бы овладеть врач и которые он смог бы применить в пределах возможных для него затрат времени. Подчеркивается также необходимость интереса, установки на овладение методами психотерапии у широкого круга врачей, и при этом признается, что профессионализм в данной области знаний требует изменения взгляда врача на пациентов, страдающих психогенными заболеваниями, а также на методы их лечения. Без достаточной численности хорошо подготовленных специалистов-психотерапевтов-преподавателей не может быть осуществлено качественное повышение знаний в области психотерапии основной массы врачей.

Повышение знаний широкого круга врачей в области психотерапии позволит не только приблизиться к решению наиболее актуальных лечебно-профилактических задач современного здравоохранения (с учетом числа таких больных и в целом верного замечания Гауснера (Hausner M., 1983) о том, что «толщина амбулаторной карты отражает величину эмоционального стресса у пациента»), но обеспечит своевременную диагностику неврозов и близких к ним пограничных психических расстройств. Оперативное направление больных к врачу-психотерапевту, лечение неосложненных форм психогенных расстройств — все это требует от каждого врача владения некоторыми методиками с широким спектром действия: методы *релаксации*, приемы поведенческой, когнитивной, позитивной психотерапии и, возможно, *гипноза*.

Кафедры психотерапии в большой степени могут способствовать решению еще одной задачи — тематическому усовершенствованию врачей различных специальностей. Не изменяя своей профессии, они получают знания в области психотерапии, ее теории и методологии для последующего ее использования в комплексном лечении пациентов применительно к своей специальности. Такая система подготовки сохраняет за врачами их клиническую профилизацию и при овладении психотерапевтическими методами обеспечивает квалифицированное их применение в своей области.

Что касается последипломной подготовки врачей-психотерапевтов, то основой ее является 3-4-месячная специализация и общее усовершенствование на кафедрах психотерапии. Программа такой подготовки включает освоение теоретико-методологических, клинических, нейрофизиологических и психологических основ психотерапии, овладение психотерапевтическими методами и навыками их использования в практической работе с больными. Основными принятыми формами обучения на факультетах последипломного усовершенствования врачей являются лекции, практические занятия, семинары, научно-практические конференции. При подготовке психотерапевтов обязательными формами обучения являются также профессионально- и личностно-ориентированные *тренинги*. Клинический и личностный подходы пронизывают все формы преподавания психотерапии на кафедрах. Профильную специализацию получают в основном психиатры. Однако, поскольку в реальных условиях на обучение направляются также врачи других специальностей (неврологи, интернисты, дерматологи и др.), в программе значительное место занимает психиатрия (общая психопатология и основные формы психических заболеваний). Для многих врачей это дополнительная возможность возвращения к предмету психиатрии в своем последипломном образовании. Непрерывающиеся дискуссии о том, из какой базисной специальности должен «вырастать» психотерапевт, с позиций клинического реализма носят беспочвенный характер. На данном этапе формирования психотерапии как самостоятельной специальности ее фундаментом являются знания по психиатрии, особенно в той ее области, которую принято обозначать «малой психиатрией», где от врача-психотерапевта требуется еще более тонкое владение психопатологическим анализом, чем в

области «большой» психиатрии, учитывая общий патоморфоз психических заболеваний, увеличение числа стертых форм эндогенной психической патологии с их сложной дифференциальной диагностикой и повышенной в связи с этим суицидальной опасностью.

В последние десятилетия все больше внимания обращается на необходимость расширения методов обучения психотерапии, необходимость использования таких форм подготовки и повышения квалификации, в которых акцент был бы сделан на развитие чувствительности психотерапевта к явлениям и процессам, происходящим в его взаимоотношениях с пациентом, на развитие умения использовать *обратную связь* с пациентом, увеличение гибкости и эффективности общения, *осознание* влияния собственных установок, наклонностей и ценностей на процесс взаимоотношений с пациентом в ходе лечения. В разной степени этим целям соответствуют формы обучения в тренинговых *психотерапевтических группах*. Тренинговые психотерапевтические группы можно подразделять на следующие виды: методические *тренинговые группы*, ориентированные на обучение методам психотерапии; тренинговые группы, ориентированные на *групповую динамику*; тренинговые группы, ориентированные на личностное развитие.

Методические тренинговые группы имеют своей целью и задачами овладение отдельными методами и приемами психотерапии. Кроме основных задач можно также отметить развитие у психотерапевта психологических знаний, формирование представлений о психотерапевтическом и диагностическом потенциале отдельных методик и возможностях их использования при работе с различными контингентами больных. Оптимальная численность методических тренинговых групп — 10-15 человек, общая продолжительность работы зависит от конкретного метода.

Цели и задачи тренинговых групп, ориентированных на групповую динамику (динамические тренинговые группы), заключаются в ознакомлении участников с групповой динамикой на собственном опыте, повышении чувствительности к групповым процессам, развитии навыков распознавания и анализа групповых феноменов и использовании групповой динамики в *психотерапевтических целях*. Оптимальная численность динамических тренинговых групп — 10-12 человек. В такие группы могут включаться специалисты разного уровня подготовки. Продолжительность занятий в группах — не менее 24 часов, оптимальная продолжительность — 40 часов.

Тренинговые группы, ориентированные на личностное развитие (личностные тренинговые группы), имеют различные названия: *лабораторный тренинг*, *тренинг сенситивности*, группы развития личности, группы личностного роста и т. д. Личностное развитие, личностный рост, основанный на самопознании, являются неперенным условием профессионального совершенствования психотерапевта. Основной задачей групп личностного роста является развитие самопознания — познание самого себя, становление адекватной самооценки, отношение к себе и развитие саморегуляции. Оптимальная численность групп личностного тренинга — 10-12 человек. Продолжительность занятий — не менее 30 часов (оптимально — 60 часов). Опыт показывает, что наиболее эффективной формой организации работы является *марафон* (несколько дней подряд по 8-10 часов).

Как эффективная форма подготовки психотерапевтов получают значительное распространение *бабинтовские группы*. Занятия проводятся в малых группах (до 12 человек). Каждый должен принять участие не менее чем в 30 занятиях, во время которых обсуждаются трудные проблемы, реально возникающие у психотерапевтов в процессе проводимой ими индивидуальной и *групповой психотерапии*. Каждый участник на занятиях представляет несколько подобных ситуаций из своей практики. Возникающие проблемы обсуждаются группой (различные способы понимания ситуации, анализ поведения психотерапевта в его взаимоотношениях с больным и др.).

Важнейшим элементом подготовки в области психотерапии является *супервизия* — надежный способ повышения компетенции в области психотерапии. В зависимости от этапа обучения или предпочтений преподавателя и врача могут использоваться различные соотношения таких технических подходов, как дидактический или когнитивный, поведенческий, гуманистический, динамический. Дидактический подход позволяет заполнить пробел в знаниях и опыте врача при их прямой передаче или с помощью активного совместного обсуждения проблем. Супервизируемый получает рекомендации и указания по проведению клинической работы, диагностике личности, определению и выбору психотерапевтических «мишеней» и методов. В центре такой ориентации на обучение главным

объектом анализа становится пациент. Это обычная учебная ситуация, однако преобладание такого подхода к супервизии может сопровождаться недостаточным развитием инициативы и самостоятельности врача. Поведенческий подход позволяет обучающемуся перенимать конструктивные способы мышления и поведения преподавателя, который на основе моделирования и положительного *подкрепления* ускоряет освоение врачом нового опыта. Однако при этом подходе *супервизор* занимает лидирующую, директивную позицию, что ограничивает развитие индивидуального психотерапевтического стиля врача. Динамический подход наполнен обсуждением с супервизором незамеченных обучающимся и обнаруженных супервизором мешающих психотерапии установок, эмоциональных реакций, стереотипов поведения как пациента, так и врача. Речь идет лишь о выявлении у обучающегося «слепых пятен», а не об анализе и *интерпретации* его неосознаваемых эмоциональных и защитных реакций. Некоторые врачи периодически высказывают потребность в обсуждении своих личных проблем и анализе их происхождения. Однако при данном типе обучения супервизия понимается прежде всего как обучающая, педагогическая, а не как психотерапевтическая консультация. Необходимым элементом является также гуманистический подход, позволяющий супервизору создать доверительную атмосферу отношений с обучающимся, учебный союз по типу сотрудничества, совместного исследования психотерапевтического процесса с использованием при необходимости *эмоциональной поддержки* и эмпатической проработки переживаний врача. В ряде случаев полезным оказывается использование аудиовидеозаписи, анализ которой позволяет прояснить некоторые стороны психотерапевтического процесса. Важной формой супервизии, особенно на начальном этапе обучения, является групповая супервизия. Супервизия в ходе психотерапевтической подготовки врачей осуществляется в три этапа, и в соответствии с образовательным стандартом (приказ Минздрава России от 30 октября 1995 г. № 294) ей отводится не менее 50 часов. На первом этапе (не менее 12 часов) занятия проходят в балинтовских группах. На втором этапе (не менее 12 часов) проводится индивидуальная форма консультаций, в ходе которых супервизор активен, прибегает иногда к встречам с пациентом для уточнения и прояснения клинической или психотерапевтической ситуации, осуществляет корректирующий консультативный диалог с врачом. На третьем, «продвинутом» этапе (не менее 26 часов) супервизор предоставляет инициативу в обсуждении процесса психотерапии врачу, способствует развитию у него творческого подхода к терапии, поддерживает более свободное поведение в диалоге с супервизором, материалом для обсуждения и анализа являются записи врача о его встречах с пациентом. Результаты супервизии отражаются в совместной оценке преподавателя и врача и касаются достигнутого относительно изложенных выше аспектов содержания консультаций с супервизором.

По мере все большей интеграции психотерапии в лечебную, психопрофилактическую и психогигиеническую практику возникают новые задачи в области психотерапевтического образования. Проводится подготовка по психотерапии спортивных, школьных врачей, врачей медико-санитарных частей промышленных предприятий и др. Возрастает потребность в детских и подростковых психотерапевтах. Все большее признание получает деятельность консультаций «брак и семья», работа кризисных центров и др., что приводит к росту потребности в квалифицированных специалистах по *семейной психотерапии* и необходимости планирования и осуществления их подготовки.

Заслуживают внимания вопросы обучения элементам психотерапии медицинских сестер. В практической работе хорошо проявили себя медицинские сестры, которым под контролем врача поручается проведение поведенческой, *двигательной терапии*, *арттерапии* и некоторых других психотерапевтических, обычно групповых, занятий. В связи с отсутствием специальных учреждений для указанной подготовки она обычно осуществляется на базе крупных научно-исследовательских и учебных центров, разрабатывающих теоретические и практические аспекты психотерапии. Обучение проводится врачами и медицинскими (клиническими) психологами, предпочтение отдается лабораторному тренингу.

Эффективное обучение психотерапии в настоящее время уже не мыслится без использования видеотехники, специальных теле- и кинофильмов, стенограмм психотерапевтических сеансов. Возможность возвращаться при необходимости к воспроизведению занятий терапевтических групп и групп лабораторного тренинга психотерапевтов, анализ отдельных эпизодов занятий, основанный на стенографии и видеозаписи, позволяют значительно повысить эффективность психотерапевтического

образования.

Последипломное обучение и повышение квалификации медицинских (клинических) психологов в области психотерапии осуществляется в институтах усовершенствования врачей на кафедрах психотерапии и клинической психологии, на факультетах клинической психологии медицинских вузов.

В последнее время с учетом задач бригадного подхода к оказанию психиатрической и психотерапевтической помощи актуальными становятся специальные программы, предназначенные для обучения взаимодействию всех специалистов, принимающих участие в психотерапии, — врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, медицинских (клинических) психологов, специалистов по социальной работе, среднего медперсонала. Принципы бригадного взаимодействия сформулированы в Приложении к приказу Минздрава России от 26 ноября 1997 г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь».

**ОБЩЕСТВЕННЫЕ ФУНКЦИИ ПСИХОТЕРАПИИ.** Роль психотерапии в современном обществе велика, но неоднозначна. С одной стороны, она оказывает стабилизирующее влияние на общественную жизнь в целом, с другой — непрерывно формирует свободные от общественного давления взгляды, касающиеся личностного и социального функционирования индивида. Различают несколько более или менее отчетливых О. ф. п. (Jaeggi E., 1982).

1. Одна из них — влияние на формирование образа человека. Со времени появления и развития *психоанализа* усиливается систематическое наблюдение за повседневным поведением человека, прежде всего во время бесед пациента с врачом, что имело большое значение для создания самой теоретической основы психоанализа *Фрейда* (Freud S.) и его учеников. Накопленная психоанализом система представлений о человеческой индивидуальности широко использовалась во многих областях культурной жизни для разъяснения самых разных явлений в частной и общественной сферах, благодаря чему произошли значительные изменения в области воспитания — были либерализованы отношения полов и устранен ряд сексуальных табу, воспитание детей и подростков в плане удовлетворения их потребностей стало более свободным. В постпсихоаналитический период влияние психотерапии на сознание масс было уже не столь выраженным. Однако на новом этапе, с появлением *групповой психотерапии* (*группы встреч*, гештальт-терапевтические группы и др.), усилилось влияние психотерапии уже на индивидуальное сознание. Эти виды психотерапии получили широкое распространение, изменив формы повседневного общения за счет повышения значимости более полного и открытого выражения таких чувств, как агрессия, радость, печаль и т. д. *Поведенческая психотерапия* также оказала влияние на повседневное сознание благодаря накоплению определенных знаний, выраженных языком науки (воспитание посредством *подкрепления* и утешения, поощрения и наказания). Однако значение поведенческой психотерапии в целом было меньшим, чем психоанализа и гуманистической психологии и психотерапии.

2. Другая О. ф. п. заключается в том, что во всех направлениях психотерапии признается способность индивида самостоятельно изменять свое психическое состояние, следовательно, его способность к терапевтическим изменениям зависит от величины его потенциала к изменениям его инициативы и пр. Такая концентрация внимания на субъекте приводит к тому, что в общественной ситуации факторы психических расстройств легко просматриваются. Это достигло своего пика в США, где для изменения общественной и политической ситуации *Роджерсом* (Rogers C. R.) было предложено проводить соответствующую психотерапию прежде всего политиков, руководителей хозяйственных структур и членов других релевантных общественных группировок. В противовес этому многие социологи делают акцент на надындивидуальных структурах общественных институтов, деятельность которых не может быть изменена или упразднена только за счет психологизации этих структур.

3. В качестве следующей О. ф. п. можно было бы указать снижение значения и влияния факторов, обуславливающих невозможность проведения психотерапии по отношению ко многим людям. Об эффективности использования любой психотерапевтической техники можно говорить лишь по отношению к определенной части населения, которая особенно хорошо поддается психотерапевтическим воздействиям. Это обычно люди из средних слоев общества, среднего возраста с развитым интеллектом и с незначительной выраженностью психических нарушений. Такие же группы, как пациенты с пограничными расстройствами, страдающие шизофренией, с выраженными ипохондрическими развитиями, резистентнее к психотерапии, но именно они заполняют стационары,



добиваются повторной госпитализации, и именно они обременяют собой общество. Их шанс излечения с помощью существующих методов психотерапии остается минимальным, а лечение — слишком дорогостоящим. Поэтому О. ф. п. заключаются в более активном поиске путей для оказания помощи таким категориям больных.

4. Еще одной О. ф. п. является создание альтернативной культуры. В ситуации общественной неуверенности, тревоги, характерной для постиндустриального общества, особое значение приобретают субкультурные сообщества, где индивид получает ощущение принадлежности к другим, таким же, как он сам. В *психотерапевтических группах*, соблюдающих свои правила, ритуалы, где появляется тесное эмоциональное взаимодействие, возникает альтернативная культура, помогающая преодолевать разобщенность, неуверенность, тревогу. Таким образом происходит понижение реальной, иногда непереносимой роли общественных связей в различных социальных структурах.

5. Важной О. ф. п. является оказание действенной помощи в сложных обстоятельствах. Современная психотерапия все в большей степени становится одним из видов практической житейской философии, помогающей, утешающей, разъясняющей, а психотерапевт — экспертом в жизненно важных вопросах.

6. Наконец, в последние годы все больше расширяется психотерапевтическое движение самопомощи. В системы психической саморегуляции включаются все новые методы психотерапии, а известные психотерапевты участвуют в составлении руководств по самопомощи.

См. также *Социальная психотерапия*.

**ОБЩИЕ ФАКТОРЫ ПСИХОТЕРАПИИ.** Прогресс в психотерапии в настоящее время проявляется не только в разработке новых методов, но и в попытке синтеза концепций и технических приемов, поиске более гибкой интегративной психотерапевтической парадигмы. Одной из существенных предпосылок развития *интегративной психотерапии* является изучение О. ф. п., свойственных различным ее формам и методам.

Пониманию важности определения О. ф. п. в интегративном движении способствовали:

- 1) поиск общих базовых процессов для всех направлений психотерапии;
- 2) растущее признание того, что различные методы могут иметь больше сходств, чем различий;
- 3) констатация примерно равной эффективности лечения в отдаленном периоде (непосредственные результаты могут иметь значительные расхождения) независимо от форм психотерапии;
- 4) акцент на существенной роли взаимоотношений «психотерапевт—пациент» при любых методах психотерапии.

Определение факторов эффективности психотерапевтического процесса включает рассмотрение взаимосвязи характеристик пациента, психотерапевта и лечебных методов. Группа экспертов-психотерапевтов разных направлений пришла к единому мнению о том, что наибольший вклад в результаты психотерапии вносят личностные качества пациента (в частности, мотивация к изменению), на втором месте находятся личностные параметры психотерапевта и лишь на третьем — использование определенных психотерапевтических методов (Beitman B. D. et al., 1989). Общепринятым становится понимание важности при любых формах психотерапии взаимодействия познавательных, эмоциональных и поведенческих аспектов функционирования личности больного. При интегративном психотерапевтическом подходе, в соответствии с задачей лечебного воздействия на ту или иную сферу личности пациента, целесообразным может оказаться применение конкретных методик из разных направлений психотерапии.

Психотерапевтическое влияние многомерно и многогранно. Ведущие направления психотерапии имеют целью личностные изменения, т. е. изменение отношений, чувств и поведения пациента. Изменение — результат различных вмешательств, и нередко его трудно связать с конкретным видом психотерапевтического воздействия. В *психоанализе* наиболее эффективными факторами являются *инсайт* относительно эмоционального интрапсихического конфликта, превращающий бессознательное в осознаваемое, *коррективный эмоциональный опыт*, приобретаемый в результате переработки переносных (контрпереносных) отношений, и выявление их происхождения в раннем детском периоде жизни пациента. Струпп (Strupp H. H.) поставил под сомнение значимость лечебных факторов психоаналитической терапии (*инсайт*, превращение бессознательного в осознаваемое, переработку

переносных отношений, связующее звено между *переносом* и ранним детским опытом переживаний), выдвинув гипотезу, что таковыми являются безусловное положительное принятие и уважение больного как уникальной личности или искусный (неуловимый) контроль за поведением пациента, под влиянием которого он может успешнее избавиться от своих прежних патологических стереотипов, или не прямое предложение новых альтернативных способов переживания и поведения. Более продуктивным представляется не противопоставление этих факторов, а их интеграция.

Так как важнейшей движущей силой различных направлений психотерапии является система отношений «психотерапевт—пациент», то общие факторы связаны со стилем и стратегией поведения психотерапевта. Вне конкретных форм психотерапии, но с учетом ее основополагающих факторов можно выделить некоторые обобщенные модели интегративного типа: гуманистическая, инструментально-интеракционная и инструментально-техническая.

В гуманистической модели решающим фактором действенности психотерапии может быть признана эмпатическая коммуникация «психотерапевт—пациент», где основным лечебным средством является эмпатическая реакция психотерапевта в соответствующий момент переработки материала. Существенную роль при этом играет создание условий для развития процесса позитивных изменений личности пациента. Наиболее типичным выражением таких условий является *триада Роджерса* (безусловное принятие пациента, *эмпатия*, конгруэнтность переживаний и поведения психотерапевта). Психотерапевт в этом случае считает, что если создать благоприятные условия, то пациент естественным образом будет изменяться, развиваться как личность в нужном направлении, что повлечет за собой и редукцию невротической симптоматики. Основное в этой модели понятие эмпатии, характерное для психотерапии гуманистической ориентации, получило признание и в *психоаналитической психотерапии*, где длительное время сохранялось представление о необходимости позиции эмоционального нейтралитета, личной анонимности аналитика, и в *поведенческой психотерапии*, принявшей факт важности эмоциональной взаимосвязи психотерапевта и пациента.

В инструментально-интеракционной модели психотерапии интегративного типа предпочтение также отдается не отдельным приемам, а взаимоотношениям «психотерапевт—пациент» как лечебному инструменту. Однако психотерапевт занимает более активную позицию, берет на себя определенную долю ответственности и инициативы. Психотерапевтический процесс строится более структурированно, чем в предыдущей модели, повышается значение принципов контрактного взаимодействия «психотерапевт—пациент». С больным обсуждаются альтернативные формы лечения, цели психотерапии и ее методы, лечебный план, длительность и предполагаемые результаты лечения. Психотерапевт любого направления в той или иной мере учитывает некоторые общие феномены психотерапевтического процесса во взаимоотношениях с пациентом. В начале терапии обычно проявляется действие плацебо-эффекта, связанного с тем, что больной ожидает, что лечение принесет пользу, надеется на то, что психотерапевт понимает его и хочет ему помочь, стремится удовлетворить эмоциональные потребности в контакте. Эффективность различных методов психотерапии частично зависит от умения психотерапевта повысить надежду больного на улучшение и тем самым развить активные личностные механизмы совладания с болезнью. При этом высокие или низкие ожидания пациентом эффекта от лечения оказывают скорее негативное влияние на активность психотерапевта, а умеренные — положительное. Создавая атмосферу безопасности и *эмоциональной поддержки* в общении с больным, психотерапевт стимулирует появление у него механизма идентификации, способствующего снижению неуверенности, повышению самооценки посредством неосознаваемого заимствования у врача сил, оптимизма и способности к преодолению трудностей. Точное эмпатическое вмешательство психотерапевта в соответствующий момент общения ускоряет лечебный процесс благодаря тому, что проясняет пациенту подавляемые или блокируемые *психологической защитой* существенные переживания. Кроме направленной активации этих переживаний, помощи в их *осознании* и переработке, психотерапевт обычно просвещает пациента относительно сути болезни, психотерапии и его участия в ней, говорит о необходимости понимать себя и других, учит новым подходам к решению проблем, а также более конструктивному образу жизни, более широкой и гибкой жизненной философии.

Инструментально-техническая модель психотерапии интегративного типа, по сравнению с предыдущей, характеризуется дальнейшим возрастанием активности психотерапевта во

взаимоотношениях с пациентом, более структурированным процессом психотерапии. В этой модели существенное значение придается применению разнообразных технических приемов и методов психотерапии. Приверженность психотерапевта единой технологической стратегии, совмещающей способы лечебного воздействия на когнитивные, эмоциональные и поведенческие стороны личности пациента, отличают эту модель психотерапии интегративного типа от простого эклектического подхода. С учетом этого, независимо от формы психотерапии, используются лечебные воздействия, направленные на изменения в разных сферах личности пациента: в познавательной сфере — *убеждение, внушение, конфронтация*, прояснение (*кларификация*) и *интерпретация* малоосознаваемого содержания переживаний; в эмоциональной — *катарсис*, эмоциональная поддержка, эмпатия; в поведенческой — коррективный эмоциональный опыт, *подкрепление*. Важной особенностью инструментально-технологической модели психотерапии является постановка реалистических и поэтапных лечебных целей, выбор соответствующих им психотерапевтических методов.

В рамках интегративного движения общее признание получает ряд психотерапевтических принципов, разработанных в различных направлениях психотерапии. Все большее число исследователей и практиков психотерапии обосновывают целесообразность объединения прежде теоретически малосовместимых принципов «там и тогда» и «здесь и теперь». Первый из них является важным положением психодинамической терапии, акцентирующим ценность анализа прошлой жизни пациента и возвращения к первичным ситуациям и переживаниям, положившим начало развитию нарушений. Принцип «здесь и теперь» говорит о необходимости сосредоточить внимание на настоящем моменте, актуальных особенностях восприятия, переживания и поведения пациента, при этом переработка материала из прошлой жизни больного происходит также в условиях контролируемого актуального его переживания. Глубина и конструктивность осознания пациентом психологических причин и механизмов имеющихся расстройств зависят от оптимального сочетания в психотерапевтической работе принципов «там и тогда» (преимущественно когнитивное понимание) и «здесь и теперь» (эмоциональный аспект осознания). Общим в различных направлениях психотерапии, прежде всего таких противостоявших друг другу в прошлом, как психодинамическое и поведенческое, становится принцип учета в лечебной работе внутренней (интрапсихические механизмы) и внешней (психосоциальные факторы) детерминации функционирования личности. В этом случае в зависимости от характера терапевтической ситуации и лечебных задач психотерапевт имеет возможность смещать акценты в переработке внутриличностных или межличностных факторов. Кроме того, общими для различных направлений психотерапии являются современная ориентация на групповые методы работы, интенсификацию и краткосрочность и учет единства тела и психики, что неизбежно способствует развитию интегративных подходов. При проведении любой личностно-ориентированной психотерапии наблюдается определенная последовательность, поэтапность психотерапевтического процесса: 1) установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, повышение мотивации к психотерапии; 2) прояснение (понимание психотерапевтом и осознание пациентом) причин и механизмов патологических стереотипов переживания и поведения и определение психотерапевтических «мишеней»; 3) достижение изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах личности пациента с последующей редукцией симптоматики (реконструкция системы отношений личности происходит с последовательной заменой дезадаптивных стереотипов на новые, более конструктивные способы переживания и поведения, их принятие и закрепление); 4) окончание курса психотерапии (успешное решение проблемы *возможной зависимости от психотерапевта*).

Необходимость идентификации интегративных компонентов делает актуальным использование в процессе психотерапии видеотехники. Анализ видеозаписей применения различных методов психотерапии помогает в исследовании и поиске факторов, общих и конструктивных для всех психотерапевтических подходов, в переводе разной терминологии, описывающей лечебный процесс, на общепринятый язык.

**ОБЪЕКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПО КАРПМАНУ.** Методика Карпмана (Karpman B., 1949) основана на том, что больному предлагают в письменном виде серию вопросов о его биографии, установках и чувствах. Пациент должен написать подробные ответы на эти вопросы. Ознакомившись с ответами, психотерапевт выбирает значимые пункты и формулирует по ним вопросы, на которые

больной должен ответить. Пациенту можно дать материал для чтения, связанный с его проблемами; на этот материал ожидается его реакция в письменном виде. Больной записывает содержание своих снов и получает письменные *интерпретации* психотерапевта к ним для самостоятельного ознакомления вне психотерапии. Иногда врач пишет заключение о ходе психотерапии; предполагается, что больной изучит их и даст письменные комментарии.

Методика представляет собой не столько собственно модель психотерапии, сколько форму организации разных по содержанию психотерапевтических подходов. Фиксация узловых элементов психотерапевтического процесса в письменном виде способствует повышению интенсивности психотерапии и преодолению некоторых форм *сопротивления* больного.

**ОБЪЕМ РАБОТЫ ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА.** Приказом Министерства здравоохранения СССР № 750 от 31 мая 1985 г. в номенклатуру врачебных специальностей была включена специальность «61. Психотерапевт», а в номенклатуру врачебных должностей — должность «88. Врач-психотерапевт». Расчетные нормы обслуживания для врача-психотерапевта составили тогда 2,5 посещения в час, а при проведении *групповой психотерапии* — 8 человек в час. Тогда же были утверждены положения о *психотерапевтических кабинетах*, которые организовывались в составе территориальных поликлиник, непосредственно обслуживающих не менее 30 тысяч человек взрослого населения. Штатные нормативы психотерапевтического кабинета составляли: 1 — должность врача-психотерапевта, 1 — психолога, 1 — медицинской сестры, 0,5 — санитарки.

В связи с развитием психотерапии, увеличением численности врачей-психотерапевтов и психотерапевтических кабинетов, появлением новых форм в организации психотерапевтического обслуживания (*психотерапевтических отделений* и центров), а также в связи со значительными структурными изменениями всей системы здравоохранения создались предпосылки для дальнейшего совершенствования психотерапевтической службы.

В настоящее время Минздравом РФ отменены обязательные нормативы обслуживания врачами-психотерапевтами, что обусловлено значительным повышением роли органов управления здравоохранением и субъектов РФ, а также значительными различиями в организации психотерапевтической помощи в регионах. Вопросы, касающиеся нормативов обслуживания и организации психотерапевтической службы, решаются региональными медицинскими администрациями с активным привлечением опытных специалистов, организаторов здравоохранения, представителей научно-исследовательских институтов и центров. Такие условия позволили ряду регионов РФ в организации психотерапевтической помощи перейти от нормативного планирования к технологическому — опирающемуся на федеральный и региональный стандарты медицинского обслуживания населения. При таких подходах «единицей измерения» психотерапевтической помощи становится не нормативное время приема и количество принятых пациентов за единицу времени, а условный законченный случай психотерапевтического лечения одного пациента. Условные законченные случаи классифицируются по сложности, что определяет среднее время трудозатрат на одного пациента и позволяет производить расчеты стоимости лечения. Технологический подход впервые в РФ позволяет обосновать назначение краткосрочных и долгосрочных видов психотерапии, индивидуальной и групповой ее форм, семейной и *супружеской психотерапии*.

Анализ работы ведущих психотерапевтических центров РФ и оценка эффективности проводимой психотерапии позволяют рекомендовать некоторые элементы организации психотерапевтической помощи. К их числу можно отнести среднюю продолжительность занятия *индивидуальной психотерапией*, которая, по мнению ведущих психотерапевтов, должна составлять 50 минут (после чего рекомендуется 10-минутный перерыв), групповой и *семейной психотерапией* — 1,5 часа, с 15-минутным перерывом (могут проводиться сдвоенные групповые занятия).

Основное время врач-психотерапевт отводит для индивидуального приема пациентов. Десятиминутные перерывы необходимы для кратковременного отдыха и переключения на прием другого пациента. В рабочем графике выделяется время для первичного приема (впервые обратившихся пациентов) и время для повторного приема (пациентов, уже проходящих психотерапию). Распределение времени, выделенного на индивидуальную работу с пациентами, может быть следующим: одна треть времени отводится на прием первичных пациентов, а две трети — повторных.

В графике работы выделяется время для групповой психотерапии. Групповая психотерапия

может проводиться через день. Более интенсивной она становится при наличии клинического (медицинского) психолога, который помимо психологического обследования проводит *тренинговые группы* и групповую психотерапию.

При планировании работы в течение недели врач-психотерапевт вносит в свой график и другие мероприятия: выделяет специальное время для психопрофилактических мероприятий вне психотерапевтического кабинета (лекции, встречи с населением, работа со средствами массовой информации), клинико-терапевтических конференций, встреч с бывшими пациентами психотерапевтического кабинета с участием медицинского психолога, социального работника (специалиста по социальной работе). Отдельно планируется время для работы с консультантами и *супервизором*. Выделяется время для психопрофилактических мероприятий и профессионального совершенствования в коллективе самого лечебно-профилактического учреждения (лекции, семинары, тренинговые и *балнтовские группы*).

При общей продолжительности рабочего дня 5 часов 40 минут на одну ставку врач-психотерапевт принимает ежедневно 1-2 первичных пациентов и 2-3 повторных, проводит 3 групповых занятия в неделю, 1 час в неделю посвящает психопрофилактическим мероприятиям вне психотерапевтического кабинета, 1 час в неделю отводится на работу с консультантами, супервизором, 1 час — участию в клинических конференциях, семинарах и работе с коллективом лечебно-профилактического учреждения (см. также *Роль врача-психотерапевта в оказании медицинской помощи*).

Штатные нормативы в настоящее время определены приказом Минздрава РФ № 294 от 30 октября 1995 г. «О психиатрической и психотерапевтической помощи» и составляют: 1 должность врача-психотерапевта, 1 — медицинского психолога, 1 — медицинской сестры и 1 — социального работника из расчета на 25 тысяч населения обслуживания территориальной поликлиникой и поликлиническим отделением центральной районной больницы (численность санитарок устанавливается по нормам на соответствующий вид работы). Такое же штатное расписание имеют поликлиническое отделение областной (окружной и республиканской) больницы, психоневрологический диспансер (диспансерное отделение), а также специализированные центры кардиологического, гастроэнтерологического пульмонологического, онкологического, неврологического профиля, инфекционные больницы с отделением ВИЧ-инфекции и стационары, располагающие не менее чем 200 койками. На должность врача кабинета назначается врач-психотерапевт, имеющий специальную подготовку и 3-летний стаж работы по психиатрии, а также по психотерапии в соответствии с 700-часовым образовательным стандартом. В психотерапевтическом кабинете проводится лечение лиц, страдающих неврозами, другими пограничными нервно-психическими и психосоматическими расстройствами, больных с психическими заболеваниями в стадии ремиссии вне обострения. За врачом-психотерапевтом сохраняются права врача-психиатра на установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи (в соответствии с частью 2 статьи 20 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

**ОГРАНИЧЕННАЯ ВО ВРЕМЕНИ ДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Создание О. в. в. д. п. связано с именем Страппа (Strupp Н.), профессора психологии университета Вандербилта (Wanderbilt University), США. Ее применение расширяет возможности использования *краткосрочной психодинамической психотерапии*. Модифицируя традиционную теорию и технику психодинамической психотерапии, представители О. в. в. д. п. делают акцент на межличностных проблемах, которые проявляются в процессе психотерапевтических взаимоотношений, осуществляют динамическое фокусирование в этой сфере.

Следующие положения отражают относительное сходство О. в. в. д. п. с другими методами краткосрочной динамической психотерапии:

1. Отбор пациентов. Пациент оценивается по его способности участвовать в О. в. в. д. п. в зависимости от личностной организации, которая должна соответствовать задачам лечения. Природа психопатологии пациента вторична по отношению к его потенциальной форме сотрудничества с психотерапевтом.

2. Поиск и определение центральной темы или динамического фокуса. Динамический фокус в О.

в. в. д. п. рассматривается скорее как эвристическая схема, но не как определенная мишень.

3. Анализ *переноса* занимает большую часть психотерапии. О. в. в. д. п. своеобразна тем, что рассматривает все психотерапевтические трансакции в диадных, межличностных рамках.

4. Лимит времени. Хотя временные границы при проведении О. в. в. д. п. достаточно гибки (до 25-30 сессий, 1 раз в неделю), они определяются в начале психотерапии и постоянно уточняются в процессе и при ее завершении.

О. в. в. д. п. базируется на традиционных психоаналитических концепциях, однако в ее теоретическом обосновании значительную роль играют современные теории межличностного взаимодействия. Проблемы пациента рассматриваются как функции нарушенных межличностных взаимоотношений. Такие проблемы, в частности, проявляются во взаимоотношениях пациента и психотерапевта.

1. Пациент и психотерапевт всегда вовлечены в динамические отношения.

2. Пациент и психотерапевт, являясь разными личностями, взаимодействуют в реальном мире как взрослые люди, и их взаимодействие определяется правилами данной психотерапии.

3. Все люди имеют predispositions, тенденции к действиям, сценарии, которые реализуются в жизни более или менее автоматически по отношению к значимым личностям, в частности — к психотерапевту.

4. Проблемой пациента в жизни или в период болезни является непроизвольная тенденция разыгрывать с окружающими нереалистичный сценарий, что вовлекает участников в идиосинкразическую драму, которая приводит к неблагоприятным последствиям для пациента. В связи с этим задачами психотерапии являются: а) создание оптимальных, безопасных условий для проявления сценария пациента; б) разрешение пациенту на вовлечение в реализацию сценария; в) помощь пациенту в видении того, что он при этом делает; г) ограничение влияния дополнительных ролей пациента путем побуждения к их модификации и коррекции предположений, являющихся основой сценария.

Сущность данной психотерапии заключается в специфических взаимоотношениях пациента и психотерапевта, направленных на межличностные отношения, что приносит конструктивные изменения в представления пациента о себе и своем поведении. В связи с этим отношения терапевта и его поведение, направленное на пациента, являются чрезвычайно важными. Психотерапевту нужно помнить о следующем:

1. Необходимости сдерживать такие проявления, как директивность, стремление убеждать, льстить, контролировать, управлять и т. п.

2. *Сопроотивлению* искушению делать что-либо, особенно когда вы испытываете сильное давление в этом направлении со стороны пациента.

3. Сопроотивлению ощущению собственного могущества, значимости, всеведения и желанию производить впечатление.

4. Необходимости молчания, если вы не уверены в обоснованности того, о чем вы говорите.

5. Стремлении к выяснению адекватных причин явлений, учету клинических данных, избеганию профессионального жаргона.

6. Оценке и выбору наиболее конструктивного в данный период времени вмешательства.

7. Основной характеристике психотерапии как человеческим взаимоотношениям.

Важная роль отводится отношению психотерапевта к выслушиванию и исследованию пациента. Прежде всего подчеркивается необходимость неформального уважения пациента. Основой процесса психотерапии является *эмпатия*. Работа психотерапевта рассматривается как постижение мира другого человека, способность отмечать выраженные и скрытые послания, осведомленность в чувствах, образах, фантазиях и ассоциациях пациента. Это интуитивный процесс, который направляется многими правилами:

1. По возможности оставлять инициативу пациенту, способствуя его самоэксплорации, собственным открытиям, использованию своих ресурсов.

2. Сохранять молчание до тех пор, пока не будет уверенности в том, что сообщения пациента поняты.

3. Выслушивать тему данной сессии. Если ее содержание не проявляется, обратить внимание на ключевое понятие — взаимоотношения.

4. Быть ориентированным на решение поставленной задачи, но общаться в свободной манере. Психотерапия серьезное, но не мрачное занятие.

5. Не быть монотонным и многоречивым. Использовать непрофессиональный язык и стремиться к прояснению дискутируемой проблемы.

6. Сопротивляться искушению быть умным или впечатляющим.

7. Избегать догматических утверждений и способствовать общению, основанному на использовании опыта и проб.

8. Предупреждать попытки пациента отклонить вас от психотерапевтических задач.

9. Проявлять симпатию и такт к затруднениям пациента даже в случае напряжения вашего терпения.

10. Стремиться усилить самоуважение пациента.

11. Быть внимательным к попыткам втянуть вас в борьбу или спор. Такие попытки пациента требуют своевременного прояснения, *интерпретации*.

12. Не соревноваться с пациентом в любой области, чтобы не оказаться в роли родителя, который побуждает пациента к тем или иным достижениям. Помнить, что психотерапия не последнее средство для пациента, а возможность достижения им независимости и автономии.

13. Все время быть абсолютно честным, никогда не лицемерить.

14. Оставаться реалистичным, помнить об ограниченности своих возможностей, не брать на себя ответственность за изменения, необходимые пациенту.

15. Стремиться к открытию внутреннего мира пациента, выявлению сценария, по которому он действует.

16. Придерживаться временных ограничений в период психотерапевтической сессии.

17. Избегать ригидности и ритуалов.

18. Помнить о необходимости контроля собственных реакций. Не играть роли наказывающего родителя.

19. Иметь в виду, чьи интересы удовлетворяются: пациента или психотерапевта.

20. Оставаться спонтанным. Вероятно, нет ничего хуже «деревянного» или напоминающего машину психотерапевта.

Начало О. в. в. д. п. связано с оценкой пациента. Уже первая сессия носит не только диагностический, но и психотерапевтический характер, поскольку формирует взаимоотношения между психотерапевтом и пациентом. Процесс оценки имеет 2 основные цели, из которых первая — установление пригодности пациента для данного вида психотерапии и создание плана проведения психотерапии. Вторая цель подразумевает определение динамического фокуса психотерапии. В начальный период психотерапевтические взаимоотношения используются как средство для: а) выяснения общей картины текущих нарушений пациента; б) измерения желания и способности пациента решать предполагаемые психотерапевтические задачи; в) начала установления рабочего союза или *психотерапевтического контакта*.

Отбор пациентов для О. в. в. д. п. осуществляется по следующим критериям:

1. Эмоциональные расстройства.

2. Основное (базисное) доверие. Если существует достаточное доверие и надежда на облегчение страдания через взаимоотношения с психотерапевтом, то пациент стремится к психотерапевтическим встречам и беседам о своей жизни.

3. Готовность рассматривать конфликты в интерперсональных терминах. Пациент должен проявлять достаточное понимание того, что его проблемы отражают сложности в отношениях с другими.

4. Готовность к исследованию чувств.

5. Способность к зрелым взаимоотношениям.

6. Наличие мотивации к предлагаемому виду лечения. Такая мотивированность рассматривается как решающая характеристика для пригодности пациента к *краткосрочной психотерапии*.

Схема содержания начальных *психотерапевтических бесед* с пациентом представлена ниже.

I. Существующая проблема.

1. Какова природа существующей проблемы пациента? (Что привело пациента к данному

состоянию?)

2. Может ли пациент видеть проблему в интерперсональном свете? Кто из значимых лиц вовлечен в проблему?

3. Идентифицируется ли существующая психическая травма? Если нет, то может ли она быть найдена?

4. Существующая проблема возникла первый раз в жизни или повторно? Как давно пациент знает об этом? Когда и при каких обстоятельствах происходили предыдущие нарушения? Как пациент с ними справлялся?

5. Почему пациент принял решение обратиться к психотерапевту?

II. Взаимоотношения: текущие, недавнего прошлого, в юности и детстве.

1. Социальные.

2. Школьные и/или рабочие (профессиональные).

3. Интимные и/или сексуальные (включая супружеские и отношения с детьми).

4. В нуклеарной семье (с родителями, приемными родителями, братьями, сестрами, родственниками).

5. В сфере досуга, других интересов.

III. Существующие потери (прошлые и/или актуальные).

Отделение или потери, случившиеся в: 1) детстве; 2) юности; 3) зрелом возрасте.

IV. Другие значимые жизненные расстройства (болезни, нарушения карьеры и др.).

Процесс в О. в. в. д. п., как указывалось, прежде всего зависит от динамического фокусирования. Динамический фокус связан с проблемой сбора и организации психотерапевтически релевантной информации и систематическом введении этой информации в психотерапию. Такой активный подход контрастирует с более пассивными и менее конкретными моделями ряда других методов краткосрочной психотерапии. Фокус при О. в. в. д. п. — это специальная, индивидуализированная теория, которая проясняет и связывает между собой жизненный опыт и поведенческие характеристики пациента. Он основывается на двух принципах:

1. Ведущей сферой рассматриваемых психологических проблем, которые реконструируют жизненный опыт, является межличностная.

2. Основным психологическим методом реконструирования жизненного опыта является повествование: рассказ для себя и других.

Такой фокус содержит информацию о:

1) различиях, которые пациент делает в отношении только себя или себя и других;

2) основанных на этих различиях видах действий (включая последующие различия), характерных для пациента;

3) способе, которым эти различия к действию организованы пациентом в ригидную и вызывающую сложности межличностную драму.

Фокальное повествование описывает человеческие поступки в контексте межличностных взаимодействий, организованных в циклические психодинамические паттерны, которые были и остаются источником жизненных проблем. Для понимания межличностных взаимодействий следует знать о том:

1) что делает человек при взаимодействии (что воспринимает, думает, чувствует, ожидает и т. п.);

2) что он ожидает в отношении того, как его поведение отразится на переживаниях взаимодействующих с ним;

3) каковы убеждения человека об ответном поведении других лиц;

4) как вышеуказанные действия влияют на представления человека о себе и других и его самолечение.

Фокус О. в. в. д. п. содержит 4 структурных элемента, которые в схематизированном виде отражают суть повествования об основных категориях действий пациента. Такими действиями являются:

1. Собственные действия. Они могут включать все сферы человеческой активности (аффекты, мотивы, восприятие ситуаций, размышления и т. п.).



2. Ожидания по отношению к реакциям других лиц.

3. Действия других по отношению к тебе.

4. Собственные действия в отношении самого себя (интроект). Такими актами могут быть: *самоконтроль*, самонаказание, поздравление себя и т. п.

При определении динамического фокуса могут возникнуть следующие сложности:

1. Структура характера пациента может быть ригидной, что препятствует получению необходимой информации.

2. Неадаптивные способы отношений в характерологической структуре пациента могут быть настолько переплетены, что стираются видимые границы между вызывающими проблемы и реально ориентированными межличностными паттернами.

3. Может быть резко ограничена способность пациента к переживаниям и формированию связей с другими людьми.

4. Пациент может иметь проблему, которая не включена в циклическую психодинамическую схему.

5. Собственный опыт психотерапевта может оказать влияние на восприятие им пациента и создать фрагментарную или неточную картину последнего.

6. Психотерапевт может стремиться к интеграции слишком большого объема информации.

Психотерапевтическая техника при проведении О. в. в. д. п. является психодинамической, но имеющей некоторые акценты. Прежде всего при работе с пациентом необходимо фокусирование на психотерапевтических взаимоотношениях. Как пациент, так и психотерапевт имеют свои особенности отношений. Пациент может рассматриваться в свете 3 основных перспектив:

1. Его способности воспринимать и реагировать на психотерапевта достаточно гибко и зрело, что позволяет достигать адаптивных отношений в совместной работе. Эта способность, определяемая как «Наблюдающее или зрелое "Я"», и ее влияние на отношения терапевт — пациент рассматривается как решающий компонент психотерапевтического союза.

2. Возможности ригидной интерпретации отношения и поведения психотерапевта в зависимости от предшествующих ожиданий со стороны других лиц опасности, страха и недоверия. Это называется анахронистическими predispositionами отношений или, более традиционно, *переносом*.

3. Привычного поведения, провоцирующего других (включая психотерапевта) отвечать таким же образом, что может подтверждать ожидания пациента и являться действенным компонентом переноса. Это редко упоминается в стандартных публикациях на данную тему.

Перспективы психотерапевта зависят от:

1. Попыток создать заботливые, разумные, беспристрастные отношения и профессиональную (интерпретирующую) позицию.

2. Влияния персонального стиля на профессиональную позицию, что оказывает комплексное влияние на пациента (часто переживается последним как «позитивная» или «негативная» позиция).

3. Вовлечения в реакции, которые соответствуют ролям, предписанным неадаптивным сценарием пациента (такие реакции могут быть названы *контрпереносом*, связанным с переносом пациента).

4. Способов переживания и отношения психотерапевта, которые определяются личностным смыслом, имеющим корни в собственных нерешенных невротических конфликтах (традиционное значение контрпереноса).

Для понимания точного значения характера конфликтов пациента психотерапевт должен учитывать роль как переноса, так и контрпереноса. Во время психотерапевтического занятия рассматриваются одна-две темы, связанные с динамическим фокусом, который определяется заранее. Взаимоотношения с пациентом рассматриваются прежде всего через призму его эмоциональных конфликтов и образцов межличностных действий, в которых такие конфликты проявляются. В целом вмешательства психотерапевта строятся на исследовании взаимоотношений в процессе психотерапии и отношений пациента в настоящей повседневной жизни (без акцента на прошлых событиях), применении интерпретаций и использовании *свободных ассоциаций*.

При оценке психотерапевтических взаимоотношений для психотерапевта основными являются следующие вопросы:

1. Что пациент переживает в отношении меня и какова природа таких чувств?
2. Каковы переживания пациента в ответ на мои намерения, отношения и чувства к нему?
3. Каковы эмоциональные реакции пациента на фантазии обо мне?
4. Как пациент понимает характер отношений со мной и могут ли его текущие реакции быть следствием наших предшествующих взаимодействий?

В ходе процесса психотерапии преодолевается *сопротивление* пациента, решаются поставленные психотерапевтические задачи и приближается окончание лечения, которое имеет очень важное значение в О. в. в. д. п. Окончание психотерапии означает для пациента отделение и потерю объекта (психотерапевта), что происходит безболезненно лишь в случае достижения *психотерапевтических целей*, которые сложнореализуемы в силу краткосрочности психотерапии. Обязанностью психотерапевта является работа с реакциями на окончание терапии во всех их болезненных аспектах и проявлениях аффекта, если он стремится помочь пациенту прийти к реальному эмоциональному пониманию природы его ранних бессознательных конфликтов. Активное и правильное управление окончанием психотерапии может помочь пациенту интернализировать психотерапевта в результате замещения или замены ранее существовавшего у него амбивалентного объекта. Такой период интернализации является позитивным, менее связанным с гневом и виной, что делает процесс отделения истинно зрелым событием.

О. в. в. д. п., начиная с 1970-х гг., прошла тщательное научное исследование, которое касалось пациентов, психотерапевтов, техники и исходов психотерапии. Была отмечена достаточная эффективность данного метода (с учетом показаний и противопоказаний к нему), разработаны программы подготовки специалистов этого направления.

**ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННАЯ (РЕКОНСТРУКТИВНО-КОНДУКТИВНАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ ШЕВЧЕНКО.** Наиболее разработанные в нашей стране концепции *эмоционально-стрессовой психотерапии Рожнова* и *личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова* не могут быть механистически перенесены на детско-подростковый возраст хотя бы в силу того, что интенсивно растущий детский организм ребенка и так находится в состоянии перманентного психофизиологического стресса, что оставляет не так уж много сил для дополнительной мобилизации. С другой стороны, личностная ориентация психотерапевтических воздействий возможна не ранее 3-летнего возраста, когда ребенок начинает пользоваться местоимением «Я», да и позже чисто реконструктивная направленность лечебного процесса выглядит явно недостаточной.

Когда речь идет об интенсивно протекающем процессе созревания и формирования психики (а в общем контексте и личности ребенка), то идеальной моделью окончательного результата психотерапии является не восстановление (даже в улучшенном варианте) того, что было до болезни или декомпенсации, а приведение человека к тому состоянию зрелости, гармоничности и жизнестойкости, которое создалось бы у него в случае неотягощенного болезнью нормального развития. В этом смысле термин «реконструкция» уже не охватывает всего спектра лечебно-коррекционных и воспитательно-социализирующих задач психотерапии. Так же как и в детской неврологии, в *детской психотерапии* необходим сопровождающий, кондуктивный подход. Суть «кондуктивной психоневрологической коррекции» по И. А. Скворцову заключается в обеспечении адекватных каждому возрастному периоду и достаточных для полного выполнения соответствующей ему программы развитию мозга и его функций средовых воздействий (или условий), в предупреждении вредоносного влияния факторов, препятствующих или тормозящих развитие. Иными словами, наряду с реконструкцией ущерба, понесенного на предыдущем этапе развития, следует обеспечить необходимые средовые условия для следующего, а также стимулировать факторы, запускающие механизмы функций, развитие которых стоит «на повестке дня». На психологическом языке речь идет об опережающем обучении и оптимизации условий овладения зоной ближайшего развития.

Любой психотерапевтический процесс представляет для пациента определенный отрезок жизни, во время которого он становится участником и одновременно основным объектом эксперимента, время которого относительно увеличивается за счет его насыщения когнитивной, эмоциональной и событийной информацией. Цель этого эксперимента — изменить психику в саногенном направлении (воссоздать разрушенное, существенно перестроить, развить то, что незрело, оттормозить и

субординировать устаревшее и архаичное, восполнить своевременно недополученную и недоусвоенную информацию, создать условия оптимального перехода на следующий этап развития).

При этом чем более аномальными являются условия жизни, тем в большей степени в задачи психотерапии входят экстрапсихические (по Ж. Годфруа) изменения (овладение ситуацией, переделка или смена ее) либо нахождение в тех же условиях наиболее приемлемой социальной ниши, обеспечивающей удовлетворение индивидуальных потребностей и наиболее полную самореализацию. Здесь психотерапия наиболее тесно переплетается с социальной помощью.

Чем более в основе дезадаптации лежат индивидуальные отклонения психики от условных границ возрастной психофизиологической нормы (что может быть обусловлено конституциональной аномалией, влиянием болезненного процесса либо результатом деформирующего личность влияния предыдущей жизни), тем более в задачи психотерапии входит интрапсихическая перестройка, целенаправленное воспитание и перевоспитание личности. Здесь психотерапия интимнейшим образом переплетается с педагогикой.

Интегрирующую роль в клинической детско-подростковой психотерапии, существующей на пересечении социальных, психологических, лечебных педагогических координат, играет эволюционно-биологическая концепция психических заболеваний, и в частности учение о психическом дизонтогенезе (Сухарева Г. Е. 1955; Ушаков Г. К., 1973; Выготский Л. С., 1982; Лебединский В. В., 1985; Ковалев В. В., 1995), что делает онтогенетически ориентированный подход открытым для самых различных методов и приемов лечебно-коррекционного воздействия. Таким образом, личностно-ориентированной психотерапии психодинамического, гуманистического, бихевиорального направлений (Карвасарский Б. Д., 1999) в детско-подростковом возрасте соответствует онтогенетически адаптированный ее вариант, названный автором (1998, 1999) «онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапией».

Концептуальным отличием организации детско-подростковой психотерапии от психотерапии взрослых пациентов является то, что даже в случае «чисто» психогенного реактивного заболевания (острое стрессовое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство по МКБ-10) возвращение в прежнее, доболезненное состояние души (что вполне устроит взрослого пациента и его врача) не может служить оптимальной целью в работе с ребенком, находящимся в процессе интенсивного роста и развития. Психофизический облик ребенка, в отличие от взрослого, качественно меняется в течение короткого времени, и тем быстрее, чем младше возраст. Оптимальной моделью психического статуса к моменту окончания психотерапии является не та, которая характеризовала личность пациента до болезни, а та, которая сформировалась бы к этому времени при сохранении благоприятных внешних и внутренних условий созревания.

В связи с этим детско-подростковая психотерапия (если она не ограничивается чисто симптоматическими целями) нуждается в расширении пространственных координат взрослых за счет присоединения к триаде медицинского, психологического и социального обеспечения лечебно-коррекционно-реабилитационного процесса четвертого полюса влияния на пациента-клиента, а именно воспитательного. Последнее предполагает введение и в методологические и в организационные основы психотерапии детей и подростков существенных общепедагогических и коррекционно-педагогических (дефектологических) компонентов.

Интенсивный, «не по дням, а по часам», процесс биологического, психологического и социального созревания ребенка детерминирует и качественно иной взгляд на временные координаты психотерапевтического процесса. Если взрослая психотерапия во многих случаях может вполне ограничиться обращением к настоящему (измеряемому десятками лет) социально-психическому статусу пациента и его прошлому (в котором остались наиболее интенсивные этапы его онтогенеза), за исключением критических социально-физиологических вех (предстоящий брак, рождение ребенка, эмиграция, выход на пенсию, климакс и т. д.), то вся работа с ребенком и подростком буквально пронизана «будущим». И в работе с настоящим, и обращаясь к прошлому пациента, детско-подростковый психотерапевт все свои лечебные, психокоррекционные, социальные и воспитательно-образовательные мероприятия и рекомендации соотносит с предстоящими этапами созревания и развития природно-индивидуальных и социально-психических компонентов личности.

Принципиальной идеей онтогенетически ориентированной психотерапии является гармонизация

личностной структуры пациента, семейных взаимоотношений и решение актуальных психотравмирующих проблем за счет сочетания двух разнонаправленных процессов: оживления онтогенетических ранних (в том числе безречевых) форм общения, саморегуляции, мышления, деятельности и активное включение их в процесс адаптивной перестройки психики в качестве ранее не используемых резервов и одновременной стимуляцией освоения личностью пациента и его ближайшим окружением более зрелых индивидуальных и социально-психических уровней функционирования, которые находятся в их «зоне ближайшего развития» (по Выготскому Л. С., 1982).

При этом разнообразие теоретических первооснов применяемых воздействий компенсируется методологическим единством приложения к целям и задачам душевного преобразования, ориентированного на закономерности формирования психических свойств, функциональных систем и личности ребенка (Валлон А., 1967; Леонтьев А. Н., 1972; Рубинштейн С. Л., 1973; Лебединский В. В. и др., 1985; Лисина М. И., 1986; Пиаже Ж., 1994). Таким образом, лечебно-восстановительные задачи, общие с «реконструктивной» личностно-ориентированной психотерапией (Кулаков С. А., 1997; Карвасарский Б. Д., 1999, и др.), дополняются «кондуктивными» (Скворцов И. Л., 1995) задачами оптимизации психических функций, уровней нервно-психического реагирования (Ковалев В. В., 1995) и компонентов личности в соответствии с возрастными закономерностями онтогенеза.

Соответственно сегодняшние проблемы пациента решаются как путем их рассмотрения на уровне его актуального функционирования, так и за счет «психозелевации» (Медведева И. Я., Шишова Т. Л., 1996), т. е. возвышения пациента до зоны его ближайшего развития. Это позволяет подойти к тем же проблемам с высоты нового уровня онтогенеза психики (например, не только конкретно-образного, но и абстрактно-логически их осмыслить), более зрелого (внеситуативно-личностного) уровня онтогенеза общения (Лебединский В. В. и др., 1990) и аффективной (уровень эмоционального сопереживания) организации поведения (Лисина Н. И., 1986), включенного и усовершенствованного механизма вероятностного прогнозирования и антиципации (Менделевич В. Д., Мухамедзянова Д. А., 1997) самосознания (развивающегося в процессе самопознания и эмоционально-ценностного отношения личности к себе), дополненного способностью к саморегулированию собственного поведения (Чеснокова И. И., 1977; Бреслов Г. М., 1990), «утверждающе-действенной» стадии личностной зрелости (Фельдштейн Д. И., 1994), сформированных высших потребностей (Джидарьян И. А., 1976).

Кроме того, позитивный регресс к более ранним уровням функционирования (например, активизация и доразвитие тактильного контакта и невербальной экспрессивности, ситуативно-личностного и ситуативно делового общения, наглядно-действенного мышления, инстинктивных и онтогенетических ранних механизмов регуляции поведения и психотехнических приемов саморегуляции психического тонуса) включает психодинамические процессы не только в плане катарсического отреагирования тех или иных инфантильных конфликтов, но и восполняет, гармонизирует ущербный опыт индивидуального и социального функционирования. Подобный процесс «позитивного регресса» (возвращения к онтогенетически ранним формам психического функционирования, общения и деятельности, не сопровождающихся как при патологическом и гипнотическом регрессе утратой способностей, присущих уровню актуального развития) является необходимым условием исправления дефектов обучения и воспитания, возникших на предыдущих этапах онтогенеза. Известно, то, что пропущено, не сформировано (а также не отторжено и не субординировано) в соответствующий сенситивный период развития, то само по себе не компенсируется автоматически в более старшем возрасте, а требует сложных и специальных усилий (Лебединский В. В., 1985).

В соответствии с концепцией онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии нами (Шевченко Ю. С. и др. 1995; Шевченко Ю. С., Добридень В. П., 1998) разработана практическая методика семейно-групповой лечебно-коррекционной работы, интегрирующей различные приемы *гештальт-терапии*, бихевиорального подхода, суггестии и аутосуггестии, игровой и коллективной психотерапии, психогимнастики, психодраммы, транзактного анализа, нейролингвистического программирования, этологической психиатрии и др. клинико-психологических направлений, а также оригинальные экстра- и интрапсихические приемы терапевтического, исправляющего и развивающего воздействия на потребностно-мотивационную, когнитивно-мнестическую, социально-коммуникативную и деятельностно-волевою сферы пациентов в

трех пространственно-временных измерений («здесь и теперь», «там и тогда», «вскоре и вблизи»). Трехмерность онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии, представляющая собой взаимопроникающее соединение собственно лечебных, коррекционно-психологических, воспитательных и социализирующих влияний, позволяет пациенту за относительно короткий период естественного эксперимента прожить жизнь, насыщенную пропущенными ранее или еще не случившимися событиями, способными укрепить личность, обеспечить ее необходимым опытом удовлетворения, формирования и субординации потребностей, расширения и гармонизации социальных связей и взаимоотношений, углубления самосознания и совершенствования способов психической саморегуляции; подготовить человека к успешному приспособлению к ожидающим его в ближайшем будущем социально-психологическим и психофизиологическим изменениям условий жизни и посильному овладению этими условиями; сформировать запас прочности, «психологический корсет», в отношении слабых мест его психики, т. е. повысить жизнестойкость.

Разработанная в рамках онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии методика онтогенетически ориентированной интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС) представляет собой 9-дневный цикл эмоционально-стрессового воздействия на группу больных и их родителей с целью ликвидации нервно-психических отклонений, а также обеспечения их первичной профилактики.

Методика ИНТЭКС проводится с одновозрастной группой пациентов, объединенных по принципу общности болезненных нарушений (неврозы, заикание, психосоматические расстройства, трудности поведения и т. п.) либо личностных проблем. Специфика методики (3-5-часовые занятия, большая численность группы детей и родителей, многообразие психокоррекционных задач, а также используемых приемов психологического воздействия) обуславливает проведение ее двумя *котерапевтами*. В качестве котерапевтов могут выступать психотерапевт и логопед, психотерапевт и психолог, специалист по психокоррекции и музыкотерапевт и т. д.

Основными принципами методики ИНТЭКС являются следующие:

- а) привлечение к психотерапевтическому процессу всей семьи и обязательное активное участие в групповых занятиях, как минимум, одного ближайшего родственника;
- б) наглядно-чувственная диагностика проблем пациента для него самого и его близких с целью повышения собственной ответственности за их решение;
- в) эмоционально-стрессовый характер лечебного процесса, во время которого небезболезненное обнажение и максимальная экспрессивность психотравмирующих конфликтов перекрываются событиями, насыщающими жизнь пациента ощущением праздника, подвига, творческого горения;
- г) равноправие и партнерство всех участников группы независимо от возраста, трансформирующие группу в единый, гуманистически направленный коллектив;
- д) постоянная *обратная связь* котерапевтов и членов группы в форме дискуссий, диалогов и ежедневных письменных отчетов;
- е) сочетание группового характера лечебного процесса с индивидуализацией его задач в соответствии с клинической, социально-психологической и педагогической диагностикой каждого пациента-клиента;
- ж) единство вербальных и невербальных форм экспрессии и взаимодействия;
- з) взаимопроникновение лечебных, воспитательных, обучающих и рефлексивно-аналитических приемов психотерапии и психокоррекции, направленных как на патогенетические механизмы нарушений (включая их психогенные, энцефалопатические и дизонтогенетические звенья), так и на отдельные симптомы личностной аномалии;
- и) сочетание интимно-эмпатических, директивно-манипулятивных, недирективно-демократических и возвышающе-вдохновляющих форм поведения котерапевтов;
- к) активное самопознание через познание других с целью коррекции самооценки и оптимизации процесса саморегуляции;
- л) системный подход к проблемам пациента и его семьи (интрапсихическая динамика клиента осуществляется в контексте экстрапсихических изменений его микросоциума);
- м) достижение *инсайта* через позитивный регресс и интенсивное освоение функционально-личностной зоны ближайшего развития (родители, играя с детьми, идентифицируют себя с ними,

оставаясь взрослыми людьми, дети же в ситуации равноправного взаимодействия возвышаются в направлении взрослости);

и) организация терапевтической сессии в соответствии с традиционными этолого-культурными обрядами инициации.

При работе с контингентами детских домов в роли «родителей» выступают воспитатели пациентов, что весьма плодотворно влияет на их последующие взаимоотношения. В работе со взрослыми вместо родителей в группе участвуют их жены, мужья, невесты, женихи.

Программа методики ИНТЭКС воссоздает в ключевые моменты подготовки и осуществления сложного обряда инициации (посвящение в новый, более высокий социально-психологический ряд), существующий в любой традиционной культуре и изобилующий чувственными агрессивно-героическими испытаниями (смена стереотипов, парциальная изоляция, система табу, тотемическая имитация, символическая смерть всего плохого и «детского» и второе рождение в зрелом, здоровом, умудренном качестве, слияние с возвышенным идеальным образом, открывающим перспективы духовного роста и т. п.). В современной России обряды инициации, ранее существовавшие в институтах «октябрят», «пионеров», «комсомольцев», военно-спортивных организаций, студенческих строительных отрядов и пр., частично выродились, частично насильственно отменены. Блокирование же биологической потребности в инициации проявляется в признаках агрессивно-асоциального поведения и психических расстройствах, типологически сходных с переживаниями во время инициации. Данная методика служит альтернативой беспорядочному инстинктивному поиску способа удовлетворения онтогенетически обусловленной потребности в инициации.

Многолетнее использование методики как в ее клиническом варианте с больными психиатрического и психосоматического профиля, так и в психологическом (дети со школьной дезадаптацией, сироты, инвалиды, представители группы риска, а также практически здоровые дети, подростки и взрослые в критические возрастные периоды) показало эффективность и открытость данной организационно-методической формы для интеграции самых различных психотерапевтических и психокоррекционных направлений.

Динамическое наблюдение в процессе семейно-групповых коммуникаций и данные самоотчетов дополняли критерии выбора преимущественного методологического подхода, рекомендуемого для поддерживающей и углубленной индивидуальной психотерапии тех пациентов, которые в этом нуждались после окончания лечебной сессии. В то же время 3-летний катамнез 500 пациентов, прошедших однократный курс ИНТЕКС-терапии в возрасте 5-22 лет по поводу различных нервно-психических расстройств пограничного уровня, показал, что более 50% из них не нуждались более в какой-либо активной психотерапевтической помощи.

Теория психического онтогенеза, отражающая закономерности нормального развития, и концепция психического дизонтогенеза, констатирующая широкую представленность проявлений нарушенного развития и созревания психических функций, свойств и личности в структуре нервно-психических расстройств у детей и подростков (а также присутствующих в патологии любого возраста), могут служить перспективной методологической основой для разработки неэклектических моделей *интегративной психотерапии*.

**ОНТОПСИХОЛОГИЯ** (греч. *он* (род. пад. *ontos*) — *сущее*). Эклектическая концепция, использующая психодинамические, гуманистические и биоэнергетические понятия и ориентированная на *психопрофилактику* и психопедагогику. Начиная с 1970-х гг. это направление разрабатывается итальянцем Менегетти (Meneghetti T.). Возглавляемая им Международная ассоциация О. имеет отделение в России.

Целью практической О. является помощь человеку в достижении *аутентичности*, соответствия своему *in se* («в себе») — априорной внутренней сущности. Все соматические и психологические нарушения рассматриваются как «ошибки» человеческого сознания и поведения, а не как прямой результат воздействий природы и социума. Блокирование импульсов *in se* и искажение индивидуально-адекватного восприятия происходят вследствие «монитора отклонения» под воздействием культурных стереотипов и социальных штампов.

Задача психотерапевта, опираясь на язык тела пациента и образы, проявляющиеся в его сновидениях и творческой деятельности, помочь ему в *осознании* своей внутренней сущности, в

развитии и воплощении понятого им собственного предназначения, в принятии ответственности за свое бытие.

В О. большое значение придается информационно-энергетическому взаимодействию людей, их «семантических полей». Человек, согласно Менегетти (особенно значима в этой роли мать ребенка), в условиях фрустрации основных жизненных потребностей становится носителем «негативной энергетики и семантики», отрицательно воздействующих на окружающих при длительном контакте. Выделяются феномены «пустого эротизма» и «черного вагинизма» (поглощение энергии «негативным» человеком), «психического пениса» (внедрение чуждой негативной семантики) и «червивой позиции» (внедрение асексуальной семантики «мужчины-джентльмена» в семантику женщины, которая затем становится «стартером негативности» для других мужчин). В рамках онтопсихологической психопедагогики (психопрофилактики) подобные негативные семантические воздействия учитываются и корректируются.

Основными методами психотерапии, ориентированной на О., являются *арттерапия*, активная *музыкотерапия* и *имагогика* — работа с образами пациента, возникающими в его сновидениях, визуализациях, рисунках, способствующая самопознанию индивидуальных проблем и тенденций. В имагогике выделяются следующие принципы трактовки образов:

- 1) индивидуализации («субъективной выгоды»);
- 2) доминанты напряженной (фрустрированной) потребности;
- 3) функционального значения символов (специфичность и направление разворачивающегося действия, характер взаимодействия различных символов).

«Словарь образов» частично заимствован Менегетти из *психоанализа*.

Наиболее существенный вклад Менегетти в развитие психотерапии — его методология онтомузыкотерапии, особенностями которой являются: 1) принципиальная психопрофилактическая направленность, ориентированная на «приобщение человека к внутреннему опыту гармонического здоровья его тела и повышение его творческого потенциала»; 2) активный характер, акцент на спонтанном действии самого пациента, его танце и пении; 3) использование музыкального импровизационного сопровождения, «рождающегося в Непосредственном контакте с человеческим организмом и группой», а не из стандартных музыкальных программ; основным музыкальным инструментом является барабан-конгас с его звучанием и ритмами, соответствующими «здоровой висцеротонической хроматической тональности»; 4) диагностика основывается не только на наблюдении двигательных стереотипов и «блоков» пациента, но и на соматической идентификации музыкотерапевта, его способности в прямом смысле «временно ощутить болезнь другого через самого себя», уловить и интериоризировать диссонанс в Другом субъекте после собственной «настройки на ритм здоровья»; 5) ориентация на спонтанную двигательную активность пациента, регулируемую его «оргазмическим переживанием внутренней гармонии» и сочетаемую с ясным (не трансовым!) состоянием сознания; 6) групповая форма занятия с ориентацией пациентов на познание своей внутренней «музыки тела».

**ОПЕРАНТНОЕ ОБУСЛОВЛИВАНИЕ.** Теория инструментального, или О. о. связана с именами Торндайка (Thorndike E. L.) и *Скиннера* (Skinner B. F.). В отличие от принципа *классического обусловливания* (S->R), они разработали принцип О. о. (R->S), согласно которому поведение контролируется его результатами и последствиями. Основной путь воздействия на поведение, исходя из этой формулы, — влияние на его результаты.

Для различения стимула классического условного рефлекса и стимула инструментального условного рефлекса Скиннер предложил обозначать первый как Sd (дискриминантный стимул), а второй — Sr (респондентный стимул). Sd — стимул, по времени предшествующий определенной поведенческой реакции, Sr — стимул, подкрепляющий определенную поведенческую реакцию и по времени следующий за ней. Хотя в повседневной жизни эти стимулы часто совмещены в одном объекте, они могут быть разделены путем анализа с целью систематизации и определения последовательности мер воздействия на модифицируемое поведение. При использовании оперантных методов управление результатами поведения осуществляется для воздействия на само поведение. Поэтому здесь очень важен этап функционального анализа или поведенческой диагностики. Задача этого этапа состоит в определении подкрепляющей значимости окружающих пациента объектов,

установлении иерархии их подкрепляющей силы. Это делается путем прямого наблюдения за поведением человека и установления связи между частотой и интенсивностью проявляемого поведения (зависимая переменная) и имеющимися в это время объектами и событиями, происходящими в окружении (независимая переменная).

Оперантные методы могут быть использованы для решения ряда задач.

1. Формирование нового стереотипа поведения, которого до этого не было в репертуаре поведенческих реакций человека (например, кооперативное поведение ребенка, поведение самоутверждающего типа у пассивного ребенка и т. д.). Для решения этой задачи может быть использовано несколько стратегий выработки нового поведения.

Под шейпингом понимается поэтапное моделирование сложного поведения, которое не было свойственно ранее индивиду. В цепи последовательных воздействий важным является первый элемент, который, хотя и отдаленно, связан с конечной целью шейпинга, однако с большой степенью вероятности направляет поведение в нужное русло. Этот первый элемент должен быть точно дифференцирован, а критерии оценки его достижения четко определены. Для облегчения проявления первого элемента желательного стереотипа должно быть выбрано условие, которое может быть достигнуто быстрее и легче всего. Для этого используется разнообразное варьирующее *подкрепление*, от материальных предметов до социального подкрепления (одобрение, похвала и др.). Например, при обучении ребенка навыкам самостоятельного одевания первым элементом может быть привлечение его внимания к одежде.

В случае «сцепления» используется представление о поведенческом стереотипе как о цепи отдельных поведенческих актов, при этом конечный результат каждого акта является дискриминантным стимулом, запускающим новый поведенческий акт. При реализации стратегии сцепления следует начинать с формирования и закрепления последнего поведенческого акта, находящегося ближе всего к самому концу цепи, к цели. Рассмотрение сложного поведения как цепи последовательных поведенческих актов позволяет понять, какая часть цепи хорошо сформирована, а какая должна быть создана с помощью шейпинга. *Тренинг* должен продолжаться до того момента, пока желательное поведение всей цепи не осуществляется с помощью обычных подкрепляющих стимулов.

Фейдинг — это постепенное уменьшение величины подкрепляющих стимулов. При достаточно прочно сформированном стереотипе пациент должен реагировать на минимальное подкрепление прежним образом. Фейдинг играет важную роль при переходе от тренировок с психотерапевтом к тренировкам в повседневном окружении, когда подкрепляющие стимулы исходят от других людей, замещающих психотерапевта.

Побуждение является вариантом вербального или невербального подкрепления, который повышает у обучающегося уровень внимания и фокусировки на желательном стереотипе поведения. Подкрепление может выражаться в демонстрации этого поведения, прямых инструкциях, центрированных или на нужных действиях, или на объекте действия и т. д.

2. Закрепление уже имеющегося в репертуаре индивида желательного стереотипа поведения. Для решения этой задачи может использоваться положительное подкрепление, отрицательное подкрепление, контроль стимула.

3. Уменьшение или угашение нежелательного стереотипа поведения. Достигается с помощью *методик наказания*, угашения, насыщения.

4. Лишение всех положительных подкреплений.

5. Оценка ответа.

См. также *Бихевиоризм, Поведенческая психотерапия, Положительное и отрицательное подкрепление*.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.** Психотерапевтическая помощь в России в настоящее время осуществляется системой самостоятельных психотерапевтических учреждений и психотерапевтических подразделений (других учреждений) лечебно-профилактической сети. Находящиеся на одной территории обслуживания (района, города, области, края, республики), они образуют психотерапевтическую службу, методическое руководство которой осуществляется главным психотерапевтом органа управления здравоохранением Администрации субъекта Российской Федерации. Психотерапевтическая служба тесно связана с психиатрической, вместе с которой, а также с



другими специализированными службами — кризисной, сексологической и др. образует региональную систему охраны психического здоровья населения.

Основными принципами организации психотерапевтической помощи являются:

— принцип приближения психотерапевтической помощи к населению, создание *психотерапевтических кабинетов* лечебно-профилактических учреждений различного профиля, специализированных Центрах, многопрофильных больницах;

— принцип ступенчатости, создание системы подразделений и учреждений, осуществляющих психотерапевтическую помощь на различных уровнях;

— принцип преемственности, взаимной дополняемости учреждений и подразделений, оказывающих психотерапевтическую помощь на различных уровнях.

Основными организационными формами психотерапевтической помощи являются психотерапевтический кабинет, *психотерапевтическое отделение*, *психотерапевтический центр*; к вспомогательным психотерапевтическим учреждениям относятся *кабинеты психологической разгрузки*, *кабинеты социально-психологической помощи*, психологические консультации, центры психологической реабилитации в структуре здравоохранения, *психотерапевтические клубы* и «клубы бывших пациентов», психотерапевтические студии.

Психотерапия в России за последние годы получила значительное развитие как самостоятельная медицинская дисциплина и самостоятельная система помощи населению. В становлении психотерапии с собственными научно-организационными и методическими подходами большую роль сыграло признание ее в качестве таковой профессиональным психиатрическим сообществом. Психотерапия понимается сегодня в России как медицинская специальность, генетически связанная с пограничной психиатрией, формирующаяся на границах медицины с общей, дифференциальной, медицинской, социальной и другими прикладными областями психологии, коррекционной педагогикой и психолингвистикой.

Пройдя длительный период (в течение более чем 10 лет) активного «импорта» психотерапевтических технологий из зарубежных школ, отечественная психотерапия, поддерживая различные научно обоснованные направления и модели психотерапии, способствующие ее развитию, государственные и негосударственные формы организации, сосредоточивает свое внимание на научно-прикладных и организационно-методических аспектах дальнейшего формирования психотерапии как медицинской специальности. При этом учитывается специфика традиционных школ отечественной психотерапии, смежных с ней научных дисциплин, а также результаты научных исследований, особенности российского здравоохранения. Укрепление психотерапии в уже определившихся в настоящее время законодательно-правовых рамках в наибольшей степени соответствует ее задачам в конкретных социально-экономических и культурных условиях современной России. Переживаемый страной в настоящее время острый политический и экономический кризис только усиливает значение психотерапии как области науки и практической деятельности, способной в возможной для медицинской практики мере оказать влияние на негативные последствия переживаемых трудностей для личности, семьи и общества, и нацеливает психотерапевтов на скорейшее внедрение оправдавших себя методических и организационных подходов. Этого требует широкая распространенность пограничных психических расстройств, кризисных, стрессовых и постстрессовых состояний (Чуркин А. А., 1980; Александровский Ю. А., 1995; Карвасарский Б. Д., 1995, 1998).

Становлению отечественной психотерапевтической службы в последние годы способствовало развитие ее нормативной базы — Законом Российской Федерации № 3185-1 от 2 июня 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», другими законодательными актами Российской Федерации и ее субъектов. Большое значение для развития психотерапии как медицинской специальности сыграли федеральные и региональные целевые программы «Неотложные меры совершенствования психиатрической помощи (1997—2000 годы)», которые, в частности, включают меры по улучшению подготовки специалистов, принимающих участие в оказании психотерапевтической помощи, организации психотерапевтических отделений, региональных психотерапевтических центров. Они получили развитие в федеральной программе «Неотложные меры совершенствования психиатрической помощи (2000-2004 годы)» и в действующих региональных целевых программах совершенствования охраны психического здоровья, которые в ряде регионов

формулируют целостные концепции совершенствования психотерапевтической службы. Важную роль сыграло здесь привлечение Отделом психоневрологической помощи Минздрава России широкого круга организаторов, ученых и практиков в области психотерапии для разработки стратегии развития специальности и службы, а также экспертизы проектов директивных и методических документов. Результатом усилий большой группы специалистов, в том числе Федерального центра по психотерапии и медицинской психологии Минздрава России (Санкт-Петербург) и Российской Психотерапевтической Ассоциации, стала серия приказов Минздрава России, определяющих направления и условия развития отечественной психотерапии.

Приказом от 13 февраля 1995 г. № 27 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь» определены штаты врачей-психотерапевтов, медицинских (клинических) психологов и специалистов по социальной работе в психиатрических учреждениях. В настоящее время в психиатрических стационарах предусмотрены штаты врачей-психотерапевтов, медицинских (клинических) психологов и социальных работников, из расчета 1 должность каждого из перечисленных специалистов на 50 коек. Включение этих специалистов в работу психиатрических учреждений способствовало значительной гуманизации психиатрической помощи, создало предпосылки для внедрения в широкую лечебную сеть бригадного подхода в организации психотерапевтического процесса.

Приказом от 30 октября 1995 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» сформулированы основные требования, определяющие дальнейшее развитие психотерапии не только в рамках психиатрических учреждений. В нем, в частности, содержатся Положения о враче-психотерапевте, медицинском (клиническом) психологе, специалисте по социальной работе и социальном работнике, о психотерапевтическом кабинете и психотерапевтическом отделении, нормативы их оснащения и штаты. Согласно приказу, указанные подразделения могут быть созданы практически в любом специализированном или многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении.

В приказе Минздрава России от 26 ноября 1996 г. № 391 приводятся требования к профессиональной непрерывной подготовке медицинских психологов, а также методические рекомендации по взаимодействию основных специалистов, участвующих в психотерапевтическом процессе: врача-психотерапевта и медицинского (клинического) психолога.

Приказом Минздрава России от 28 июля 1997 г. № 226 определены требования к подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников.

В перечисленных нормативных документах была сформулирована концепция дальнейшего совершенствования психотерапевтической службы, в основу которой положены следующие элементы:

- разработка образовательных стандартов и требований к подготовке специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь, в частности 700-часовой стандарт по специальности «психотерапия» для врачей-психотерапевтов и 1500-часовой стандарт для медицинских психологов;

- система образовательных учреждений, проводящих подготовку вышеуказанных специалистов;

- внедрение в практику принципов и создание организационных условий по взаимодействию специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь;

- совершенствование оснащения психотерапевтических подразделений (кабинетов и отделений), создание психотерапевтических центров;

- гибкое развитие инфраструктуры психотерапевтической службы в соответствии с потребностью в психотерапевтической помощи для населения, сочетание государственных и частных, амбулаторных и стационарных, терапевтических и реабилитационных психотерапевтических подразделений;

- сохранение технологического единства психотерапевтических учреждений, входящих в психотерапевтическую службу.

В дальнейшем при реализации данной концепции определились еще несколько важных направлений в развитии психотерапевтической помощи: профессиональной экспертизы при сертификации, лицензировании и аккредитации специалистов, чему было посвящено специальное методическое письмо Минздрава России № 97 / 58 («Вопросы экспертизы при сертификации врачей-

психотерапевтов и лицензировании учреждений, оказывающих психотерапевтическую помощь»); определение перечня психотерапевтических методов, разрешенных к применению в нашей стране. Хотя предусмотренный обоснованный норматив открытия психотерапевтических кабинетов из расчета 1 кабинет на 25 тыс. взрослого населения и 1 кабинет на 200 коек в многопрофильных больницах, а также создание психотерапевтических отделений из расчета 1 отделение на 200 тыс. взрослого населения пока остается не достигнутым, в последние годы значительно увеличилось число психотерапевтических кабинетов в лечебно-профилактических учреждениях: с 1200 в 1994 г. до 1800 в 1998 г. (в территориальных поликлиниках, многопрофильных больницах, специализированных учреждениях). Это значительно приближает квалифицированную психотерапевтическую помощь к населению и при надлежащем ее обеспечении кадрами медицинских (клинических) психологов и социальных работников (кроме врачей-психотерапевтов) создает предпосылки к интеграции психологической и социальной помощи в традиционную для России медицинскую модель помощи пациентам. Активная разработка бригадной модели оказания психотерапевтической помощи, основанной на современных принципах организации терапевтической среды, терапевтического сообщества и более современной их формы на основе концепции «терапевтического поля», позволила не только интегрировать в общемедицинскую практику сочетание психотерапевтической и психиатрической помощи в узком понимании, но также приблизить медико-психологическую и социальную работу к населению за счет создания в психоневрологических диспансерах, поликлиниках и многопрофильных больницах психотерапевтических кабинетов. В состав терапевтических бригад в психиатрических и психотерапевтических учреждениях наряду с врачом включены также медицинский (клинический) психолог и социальный работник.

Специально проведенное исследование показало улучшение материально-технической базы психотерапевтической службы. Несмотря на трудное экономическое положение учреждений здравоохранения, материально-техническое оснащение трети психотерапевтических кабинетов приближается к стандарту, предусматривающему включение в состав психотерапевтического кабинета помещений для проведения индивидуальной и групповой психотерапии, кабинета клинического (медицинского) психолога и социального работника. В большинстве случаев психотерапевтические кабинеты располагают помещениями, персональными компьютерами, аудиосистемами, т. е. необходимым оснащением и условиями для проведения эффективной помощи пациентам. Важным показателем является рост числа психотерапевтических кабинетов в многопрофильных больницах и профильных медицинских центрах, что указывает на оправдавшую себя стратегию приближения реальной помощи по охране психического здоровья к населению.

В здравоохранении активно осваиваются новые формы организации психотерапевтической помощи: значительно увеличилось число психотерапевтических стационарных отделений (специализированных подразделений больничных учреждений, где психотерапия играет ведущую роль в лечении заболеваний и применяется в сочетании с другими методами). Возросло число психотерапевтических стационарных отделений в многопрофильных больницах и в психиатрических стационарах. Многие из этих отделений становятся базой для подготовки врачей-психотерапевтов и других специалистов, участвующих в оказании психотерапевтической помощи населению. Признаком интеграции психотерапевтической помощи в различные области медицинской практики является значительное расширение спектра стационарных подразделений больниц, использующих психотерапию в лечении широкого круга невротических и психосоматических расстройств.

Становлению самостоятельной психотерапевтической службы в системе учреждений по охране психического здоровья населения способствовало значительное увеличение числа и организационно-методического потенциала региональных психотерапевтических центров. Эти специализированные учреждения не только оказывают сложные виды психотерапевтической помощи населению на территории обслуживания, но и формируют систему оказания психотерапевтической помощи, осуществляют координацию деятельности всех психотерапевтических подразделений на основе современных технологий и медико-экономических стандартов, что способствует дальнейшей интеграции психотерапевтической помощи в развивающиеся системы регионального здравоохранения.

Значимым элементом развития психотерапевтической службы явился институт главных психотерапевтов региональных органов управления здравоохранением. Именно их усилиями в

значительной мере определяется качество развития психотерапевтической помощи на территориях субъектов Российской Федерации.

Одной из отличительных особенностей специалистов в области психотерапии является их стремление к созданию профессиональных объединений. Наиболее крупной является Российская Психотерапевтическая Ассоциация (РПА), в составе которой насчитывается 47 региональных отделений и более 600 человек, занимающихся различными видами психотерапии. Работа РПА способствовала координации усилий профессионального психотерапевтического сообщества по подготовке, поддержке и защите интересов специалистов, улучшению качества организации психотерапии в регионах.

В настоящее время в учреждениях, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь в стране, работают около 2000 врачей-психотерапевтов, 1400 психологов и 350 специалистов по социальной работе, тогда как специалистов по социальной работе требуется не менее 2500, социальных работников со средним образованием не менее 9000, медицинских (клинических) психологов 4000 и врачей-психотерапевтов не менее 8000.

Этапы психотерапевтической помощи. В качестве первого этапа психотерапевтической помощи больным неврозами и другими пограничными психическими расстройствами выступает психотерапевтический кабинет основного звена лечебного обслуживания — поликлиники. По данным литературы, у невропатологов поликлиник лечится 49-57%, у терапевтов — 34-47% больных, нуждающихся в психотерапевтической помощи. Психотерапевтическая помощь, оказываемая в поликлиниках, имеет свои особенности, к которым относятся быстрое установление контакта между врачом и пациентом; мобилизация всех неспецифических факторов лечебного процесса; краткосрочность и интенсивность психотерапевтической помощи, преобладание *рациональной психотерапии* и *косвенного внушения*; сочетание психотерапии с другими видами лечения.

В связи с перераспределением контингентов больных с психической патологией и увеличением круга пограничных расстройств и психических заболеваний в состоянии ремиссии, увеличением числа подготовленных врачей-психотерапевтов, признанием роли психотерапевтического кабинета в качестве основного элемента в структуре психотерапевтической службы, значительной специализации психотерапевтического процесса, расширения спектра психотерапевтических методов, развития бригадных подходов при оказании психотерапевтической помощи, следует признать, что проведение психотерапии неспециалистами (врачами общей практики) имеет уже лишь историческое значение. В основном их роль в обеспечении современного психотерапевтического процесса сводится к ранней диагностике и своевременному направлению пациентов в психотерапевтический кабинет, который и проводит все необходимые мероприятия. При этом врач-психотерапевт, имеющий специальную подготовку по психиатрии, на данном этапе осуществляет задачи взаимодействия психотерапевтического кабинета с психоневрологическими диспансерами и другими учреждениями, оказывающими психиатрическую помощь. В связи с повышением роли психотерапевтического кабинета как самостоятельного подразделения психотерапевтической службы и системы охраны психического здоровья в целом первый этап психотерапевтической помощи может выходить за пределы территориальной поликлиники. Эту же роль выполняет психотерапевтический кабинет медико-санитарной части промышленного предприятия, гастроэнтерологического, кардиологического, пульмонологического специализированных стационаров, профильного центра профилактики ВИЧ, венерологического диспансера, а также психотерапевтические кабинеты многопрофильных больниц. Важную роль при оказании психотерапевтической помощи выполняет специализированный психотерапевтический кабинет психоневрологического диспансера. При сходстве с психотерапевтическим кабинетом других лечебно-профилактических учреждений структуры и организации своей деятельности такие кабинеты проводят лечение больных с более тяжелыми психическими расстройствами, а также пациентов с пограничной патологией, сопровождающейся более выраженными, чем у пациентов поликлиник, психопатологическими нарушениями. При хорошей организации психотерапевтической службы психотерапевтические кабинеты разных учреждений координируют свои действия, оказывая помощь пациентам различной нозологической принадлежности. Следующее, второе звено психотерапевтической помощи — стационарные и полустационарные психотерапевтические отделения и из них — специализированные отделения для лечения неврозов.

Такие отделения могут создаваться на базе многопрофильных и психиатрических больниц, психоневрологических диспансеров. Их особенностями является проведение интенсивной психотерапии пациентов с хроническими, тяжелыми формами невротических расстройств, неврозами и непсихотическими психическими расстройствами на фоне органических заболеваний головного мозга, больных, для которых повседневное социальное окружение является условием декомпенсации и тяжелого эмоционального стресса настолько, что это делает чрезвычайно трудной или почти невозможной их амбулаторную психотерапию. Доминирующим видом психотерапии в таком отделении является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. Отделение предполагает значительную интенсификацию лечебного процесса в сравнении с тем, что осуществляется амбулаторно. Пребывание пациента в отделении в течение дня или части дня позволяет организовать распорядок таким образом, что практически все проводимые мероприятия обладают психотерапевтическими свойствами, при этом нередко стирается грань между социотерапевтическим и собственно психотерапевтическим воздействием, повышается мотивация пациентов к участию в психотерапии, повышается эффективность как специфических, так и неспецифических мероприятий. В отделениях используются различные виды *групповой психотерапии*. Важнейшей спецификой деятельности современного психотерапевтического отделения является проведение комбинированного лечения, преимущественно основанного на методах психотерапии, а также организация психотерапевтической среды и психотерапевтического сообщества, создание интегративных психотерапевтических программ на основе бригадного взаимодействия и модели «терапевтического поля». Психотерапевтические отделения, создаваемые в различных лечебно-профилактических учреждениях, различаются по своей спецификации и контингентам обслуживаемых пациентов.

С учетом интеграции в отечественную психотерапию методов *долгосрочной психотерапии* и признания достижений школы динамической психотерапии, а также в связи с тем, что за сравнительно короткое время пребывания пациента в психотерапевтическом отделении (от 1 до 3 месяцев) не удастся в полной мере выполнить весь комплекс лечебно-реабилитационных задач, психотерапевтическое отделение не может рассматриваться в качестве единственно возможной специализированной и завершающей формы организации психотерапевтической помощи.

Активно создаются так называемые психотерапевтические центры — учреждения, осуществляющие разнообразные виды психотерапевтической помощи, имеющие в своем составе кабинеты, специализирующиеся на проведении сложных видов психотерапии (амбулаторной, групповой, семейной, помощи детям и подросткам), а также дневные стационары и стационарные психотерапевтические отделения. Психотерапевтические центры выступают в качестве третьего звена психотерапевтической помощи. Это учреждения, которые в определенной мере оправдали высказывавшиеся в свое время прогнозы относительно возможности создания психотерапевтических диспансеров со специфическими для психотерапевтической специальности особенностями, представляющие собой учреждения — координатора психотерапевтической работы на определенной территории, создающего предпосылки для адекватного применения всего комплекса психотерапевтических методов.

**ОСВОБОЖДАЮЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ШИПКОВЕНСКОГО.** Направлена на изменение отношения больного к собственному заболеванию, в конечном итоге — на «возвращение смысла существования», и включает в себя также освобождение и отстранение пациента от патогенных воздействий окружающей среды и организма.

Реакция личности на болезнь является центральным понятием О. п. Ш. Шипковенский (Schipkowensky N., 1965) полагал, что изменение реакции на болезнь невозможно без целостного познания личности и раскрытия этиопатогенеза заболевания. В связи с этим важное место в психотерапевтической работе отводилось беседам с пациентом, направленным на поиск обстоятельств жизни, с которыми могут быть связаны болезненные реакции, письменному изложению больным своей биографии и биопатогенеза, анализу сновидений.

О. п. Ш. включает также освобождение от ипохондрического самонаблюдения, так как оно по механизмам, идентичным суггестии, усиливает функциональные расстройства, которые интероцептивно вторично становятся источником ипохондрических опасений и страхов. О. п. Ш., наконец, выдвигает требование придерживаться «лечащего молчания», т. е. освобождения от постоянного ежедневного

рассказа о болезни и ее проявлениях, от «обмена невротическим опытом». Беспреданное обсуждение патологических расстройств провоцирует их проявление и, следовательно, углубляет реакции на болезнь, а повышенная внушаемость пациентов способствует присоединению к невротической симптоматике собственного заболевания проявлений чужих болезней.

Таким образом, О. п. Ш. предполагает и требует от больного освобождения от сосредоточенности на болезни, перемещения ее на периферию существования. Психотерапия рассматривается как модель естественного защитного поведения психически здорового человека.

**ОСОЗНАНИЕ.** Достижение пациентом в процессе психотерапии отчетливого, явного понимания ранее неосознаваемых аспектов и взаимосвязей собственной психической жизни, внутренних (интрапсихических) проблем и конфликтов, особенностей своего поведения и эмоционального реагирования, взаимоотношений с окружающими, а также причин формирования и развития этих психологических феноменов. О. в более широком смысле означает также формирование адекватного понимания других людей и окружающего мира. Однако в рамках психотерапии термин «О.» характеризует прежде всего достижение пациентом понимания самого себя, собственной психической жизни, взаимосвязей и взаимоотношений в самом себе и с самим собой, с другими людьми и окружающим миром, т. е. О. способствует становлению адекватного самопонимания, «образа "Я"», представления о самом себе за счет интеграции сознанием неосознаваемого ранее материала. О. играет определенную роль практически во всех существующих психотерапевтических направлениях и школах, однако его значение и удельный вес в психотерапевтическом процессе, фокусировка (историческая или интерперсональная, «здесь и теперь» или «там и тогда» и пр.) представления о собственно материале О., методы и приемы, используемые психотерапевтами для достижения О., полностью определяются базовой теоретической ориентацией.

Основная цель *психоанализа* выражена *Фрейдом* (Freud S.): «Где было Ид, там будет Эго». Психоанализ использует знание специфических приемов и особое (психоаналитическое) понимание психического функционирования для выбора и проведения *психотерапевтического вмешательства*. Для развития «Я» как одного из компонентов структуры личности в психоанализе психотерапевт с помощью специальных технических приемов (терапевтический союз, свободное ассоциирование, анализ сновидений, *интерпретация* защит и *переноса*, высокая частота психотерапевтических сеансов и др.) стремится привести пациента к О. защитных психологических механизмов его реакций переноса, в частности, в том виде, в каком они проявляются в ходе взаимодействия пациента с психотерапевтом. Задача психоанализа и *психоаналитической психотерапии* состоит также в выявлении у пациента характера психотравмирующих переживаний личностных конфликтов и в освобождении от них путем достижения *инсайта* и *катарсиса*, О. вытесненных влечений, понимания психологических причин невротических симптомов. Наиболее важным умением, которым должен обладать психоаналитик, является его способность соотносить сознательные мысли, чувства, фантазии, импульсы и поведение пациента с их бессознательными предшественниками (Greenson R. R., 1994). Понимание (наряду с выслушиванием и ответом с последующим возвращением к выслушиванию пациента) является одной из 4 фаз при реализации методики выражения мыслей и чувств пациента в ходе психоаналитической психотерапии (Luborsky L., 1984). О. сопряжено с неизбежным *сопротивлением* больного, главным образом в силу действия специальных механизмов, препятствующих этому О. Успешное преодоление сопротивления в процессе психотерапии завершается О. механизмов дезадаптивной *психологической защиты*.

О. иррациональных установок «неадаптивных когниций» («автоматических мыслей») или основных механизмов, вызывающих рассогласование между тем, что человек воспринимает и как он оценивает воспринятое, — главная задача *когнитивной психотерапии*. Основным смыслом когнитивной психотерапии сводится к утверждению: нас делают несчастными не вещи и явления, а то, как мы воспринимаем их. Сталкиваясь в различных условиях с провоцирующим проблемы событием, пациент обучается осознавать, как иррациональные установки изменяют восприятие события. Описание события, вызвавшего последствия, заставившие обратиться к врачу, не требовало бы особых условий, если бы при описании пациент не смешивал вместе то, что произошло, и то, как он воспринимает и как оценивает событие. В результате повторных столкновений с последним пациент по ходу психотерапии учится изменять восприятие (видение) его. И наконец, он обучается стратегии рационального поведения

(многовариантного) в отношении события, расширяет свой диапазон стратегий решения проблемы. Необходимо напомнить, что проблемы, приводящие к психотерапевту, как правило, создаются не одной иррациональной установкой, а несколькими, находящимися между собой в определенных связях (иерархических, параллельных, артикуляционных). О. характера этих связей — основная задача психотерапевта и пациента. Вопрос о том, с чего начинать, обычно определяется вместе с пациентом. К числу основных приемов когнитивной психотерапии, позволяющих осознать иррациональные установки, относят изменение ракурса рассмотрения явления. Пациент вместо фиксации на том, что вызывает у него длительную болезненную эмоцию, концентрируется на вопросе, как у него возникает эта эмоция, и далее осознать излишнюю широту применения иррациональных установок, излишнюю их персонализацию и, как следствие, обретает способность заменить их более точными и гибкими, менее эгоцентричными, более адаптивными и реалистическими. Задача психотерапевта — последовательно структурировать эти процессы, помочь пациенту выработать несколько новых альтернативных правил (рациональных установок), которыми бы он руководствовался в поведении. Успешное решение этой задачи определяется процессом О. и умелым использованием его механизмов психотерапевтом.

В гуманистической психотерапии значение процесса О. и его основных механизмов наиболее полно раскрывается концепциями личности, принятыми в рамках данного направления. В концепции личности, описанной, например, Роджерсом (Rogers C. R.), некоторые аспекты опыта индивида в процессе его развития приобретают характер, символизированный в О. бытия, О. своего функционирования. Это то, что Роджерс называет Я-опыт. По мере взаимодействия со средой, в частности со значимым окружением, Я-опыт в О. постепенно развивается в Я-концепцию (реальное «Я», т.е. представление о самом себе). Другим важным звеном является идеальное «Я» — представление о том, каким человек хотел бы быть. Идеальное «Я» в значительной степени формируется под влиянием извне, под воздействием норм и ценностей, навязываемых человеку окружением и не всегда согласующихся с его собственными потребностями и стремлениями, с его реальным «Я». По мере О. «Я» у индивида развивается потребность в положительной оценке. Эта потребность, по мнению автора, носит центральный характер для всех людей, является всеобъемлющей и постоянной. Ради сохранения положительной оценки со стороны окружающих индивид начинает фальсифицировать некоторые из переживаемых им оценок и воспринимать их только по критерию ценности для окружающих. Возникает существенное препятствие на пути развития психологической зрелости индивида, его развития как самоактуализирующейся личности, и формируется невротическое поведение.

Фрустрация потребности в положительной оценке (самооценке) вызывает тревожность. Уровень тревожности зависит от степени угрозы Я-структуре. В случае, если процесс защиты неэффективен, переживание полностью символизируется в О., а целостность Я-структуры разрушается этим переживанием неконгруэнтности, правильно символизированным в О. В результате наступает состояние дезорганизации. Указанному выше пониманию личности и нарушений ее функционирования соответствуют и разработанные Роджерсом основные принципы *клиент-центрированной психотерапии*.

Следует выделить *личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова* как вариант отечественной психотерапии, разработанный в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева. О. в рамках этого метода принято рассматривать в 3 сферах: интеллектуальной (когнитивный аспект), эмоциональной и поведенческой. В целом задачи интеллектуального О. сводятся к следующим направлениям: О. взаимосвязей «личность— ситуация— болезнь»; О. интерперсонального плана собственной личности; О. генетического (исторического) плана. О. взаимосвязей «личность— ситуация— болезнь» не имеет определяющего значения для собственно психотерапевтической эффективности, оно скорее создает устойчивую мотивацию для активного и осознанного участия пациента в психотерапевтическом процессе. В эмоциональной сфере в процессе О. пациент начинает понимать и вербализовать свои чувства, может приобрести искренность в отношении чувств к самому себе, раскрыть свои проблемы с соответствующими им переживаниями, произвести эмоциональную коррекцию своих отношений, модифицировать способ переживаний эмоционального реагирования, восприятия отношений с окружающими. Способности пациента корригировать неадаптивные реакции и формы поведения с учетом их значения и функций в структуре психопатологических расстройств — основное следствие процесса О. в поведенческой сфере. При

лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова, особенно в групповой ее форме, имеет значение не только О., но главным образом формирование более адекватного самосознания и расширение его границ.

Процессу О. практически во всех психотерапевтических системах придается важное значение. С внедрением видеотехники в психотерапию появилась возможность более направленного влияния на формирование процесса О. в различных сферах, что приводит к его ускорению и тем самым к повышению эффективности психотерапии.

**ОТВЛЕКАЮЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПО БЕХТЕРЕВУ.** Относится к суггестивным методам воздействия в состоянии бодрствования. Суть его состоит в отвлечении внимания больного от патогенных мыслей, идей, болезненных воспоминаний, «дурных привычек» с одновременным укреплением воли и «привитием более возвышенных взглядов, дающих больному возможность справиться со своим болезненным состоянием». В. М. Бехтерев видит преимущество этого метода, названного им «лечение перевоспитанием», в сочетании *убеждения и внушения*, где внушение применяется лишь как удобный способ отвлечения внимания от навязчивых мыслей, а убеждение, осуществляемое в пассивном состоянии больного, направлено скорее на укрепление воли и формирование новых «ассоциаций». Автор полагал, что в ряде случаев метод может быть более эффективным, чем классический метод логического убеждения, так как борьба с болезненными симптомами путем критического обсуждения может отнимать у пациентов много сил, а для больных со слабо развитой критикой (как и для детей) «прием убеждения вообще должен быть признан малодостигающим цели».

Больному предлагается закрыть глаза и углубиться в самого себя, ни о чем не думая. Если человек не может рассеять свои мысли, ему советуют сосредоточиться на том, что он как бы засыпает. Затем в больном стараются укрепить «убеждениями или внушениями» мысль, что он всегда должен «отвлекаться от своей пагубной привычки и ни в коем случае ей не поддаваться», что у него для этой цели достаточно воли и т. п. При этом необходимо привить больному и более высокие нравственные взгляды, которые отстраняли бы его от болезненной привычки и поддерживали бы «стойкость его воли», или направить его внимание на другие интересы или другой род деятельности. С больным проводится ряд таких сеансов.

Метод применяется к пациентам с навязчивыми состояниями и навязчивыми действиями, к больным, пережившим «те или иные нравственные потрясения», к пациентам с дурными привычками (курение, злоупотребление алкоголем).

### **ОТКРЫТЫЕ И ЗАКРЫТЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ.**

*Психотерапевтические группы* существуют в двух основных формах. Открытые группы не имеют постоянного состава участников: по мере окончания лечения одни пациенты уходят из группы и на их место в состав уже работающей группы включаются новые члены. В открытых группах, как правило, нет заранее фиксированной длительности работы. Закрытые группы отличаются постоянным составом участников, новые члены в группу не включаются и в том случае, если из нее по какой-либо причине выбывает пациент до окончания срока лечения. Закрытые группы обычно имеют фиксированную продолжительность работы.

Вопрос об эффективности О. и з. п. г., об их преимуществах и недостатках широко дискутируется в литературе. При описании закрытых групп указывают на такие их особенности, как совместное и одновременное прохождение пациентами всех фаз психотерапевтического процесса, наличие более благоприятных условий для проведения эксперимента по использованию различных методов психотерапии и их сравнению, значительная глубина и сила групповых переживаний, высокая степень идентификации психотерапевта с группой, его эмоциональная вовлеченность и ответственность, большая сплоченность и эффективность углубленной работы по достижению *инсайта*.

В качестве преимуществ открытых психотерапевтических групп называют более легкое усвоение пациентом, вступающим в уже работающую группу, групповых норм, целей, ценностей «групповой культуры», в целом менее выраженное *сопротивление*, положительное влияние пациентов, заканчивающих лечение, на вновь поступивших, большую эффективность при выполнении различных заданий тренингового и обучающего характера (в частности, *научение* более эффективным социальным контактам).



Большинство исследователей склоняется к тому, что закрытые психотерапевтические группы при ориентации на глубинную личностно-ориентированную психотерапию эффективнее, так как в них формируется более выраженная групповая сплоченность, взаимопонимание и взаимопомощь, более теплая эмоциональная атмосфера, а также более глубокое понимание целей и задач психотерапии, друг друга и самого себя.

В стационарах обычно используются закрытые психотерапевтические группы, а в амбулаторной практике предпочтение чаще отдают открытым группам.

**ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ САМОВНУШЕНИЕ ПО ТАНЦЮРЕ.** Опираясь на патофизиологическую концепцию неврозов И.П. Павлова, М. Д. Танцюра (1956) полагал, что в основе многих невротических симптомов лежит образование патологического очага инертного возбуждения в коре головного мозга. При многократном повторении действий (как в случае навязчивых состояний) наступает перенапряжение возбудительного процесса в очаге с развитием в нем инертного торможения. После достижения больным расслабления всего тела осуществляется отрицательное *самовнушение*. Например, больной, страдающий бессонницей, внушает себе: «Я не хочу спать. Я обязательно буду активным и бодрым. Специально не буду спать». При лечении навязчивых состояний больному предлагают 3-4 раза в день по несколько минут воспроизводить движения, повторяющие болезненный симптом, или 10-15 раз вызывать представления, усиливающие его. Больному с эзофагоспазмом и страхом глотания рекомендуется держать пищу во рту, стараясь ее не глотать, и думать при этом, что она остановится в пищеводе.

Прием отрицательного самовнушения позволяет разрушить стойкую доминанту тревожного ожидания симптома, меняет эмоциональную реакцию на него.

См. также *Негативное воздействие по Денлану, Парадоксальная интенция Франкла*.

**ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ (ОСЛОЖНЕНИЯ) ГИПНОТЕРАПИИ.** Традиционно широкое применение *гипнотерапии* в нашей стране психотерапевтами, а в последний период и неспециалистами в широких аудиториях в виде театрализованных представлений увеличивает число отрицательных эффектов гипнотерапии и требует знания хотя бы основных из них. Это тем более необходимо, что в современной отечественной литературе, за редким исключением (Рахманов В. М., 1991), они практически не описываются.

Одним из ярко выраженных отрицательных последствий гипнотерапии является гипномания. У лиц, подверженных этому, на фоне улучшения общего состояния возрастает чувствительность к гетерогенным *внушениям*. В дальнейшем гипнотерапия становится «желаемой», что свидетельствует о первых признаках гипномании. Прекращение сеанса вызывает ухудшение психического состояния пациента и характеризуется психологическим дискомфортом. Больные осознанно или неосознанно вновь хотят пережить гипнотическую эйфорию. После лечения, несмотря на отсутствие внушений, у них часто повторяются ощущения, вызываемые подобными сеансами.

В зависимости от тяжести протекания и формы проявления выделяют 3 степени гипномании:

I степень — легкая гипномания, гипнолептическая форма. Характеризуется сонливостью, дремотой в течение суток после сеанса. Это состояние усиливается при появлении гипнотизирующего, во время беседы с ним, но на данной стадии гипномании это наблюдается только по отношению к одному врачу. Критика сохранена, амнезия отсутствует.

II степень — гипномания средней тяжести. Больные находятся в глубоком гипнотическом состоянии и в конце лечения для дегипнотизации требуется индивидуальное внушение. После пробуждения пациенты заторможены, сонливы, порог слухо-зрительных, кожно-вибрационных и других раздражителей повышен. После сеанса они спят крепким сном в течение 3—24 часов. В дальнейшем это состояние проходит, но либо с приходом врача, либо когда пациенту представляются его образ и связанные с ним ощущения, эти явления повторяются. У больных отсутствует критическое отношение к себе, своему поведению, они хотят снова испытать «гипнотическое» состояние. Напоминание или предупреждение об окончании курса лечения может вызвать отрицательную реакцию (слезы, ухудшение общего самочувствия). В этой стадии больные помнят происходящие вокруг них события; амнезия частичная либо отсутствует.

III степень — выраженная гипномания — подразделяется на две стадии. В первой стадии больные находятся в состоянии гипнотического сна длительное время — до 24 и более часов. Для

пробуждения требуется индивидуальная дегипнотизация. После пробуждения больные без внушения вновь погружаются в гипнотическое состояние; в течение 12-24 часов могут наблюдаться легковыраженные вегетативные расстройства: плаксивость, дрожь, гиперемия кожных покровов, учащенное сердцебиение, дыхание характеризуется легким вдохом и глубоким выдохом; имеет место частичная или полная амнезия происходящих вокруг событий. В этой стадии у больных ухудшается и соматическое и психическое состояние, обостряются ранее имевшиеся функциональные расстройства. Одним из главных проявлений этой степени гипномании являются астения, гиперაკузия, головная боль, чувство тяжести в голове. После пробуждения указанные явления у отдельных пациентов могут продолжаться в течение 6-7 дней и более. У перенесших нейроинфекции, черепно-мозговые травмы, у больных с невыраженными вестибулярными нарушениями последние могут усиливаться: появляется шаткая походка, они могут упасть. Больные с такой степенью гипномании нуждаются в постоянном наблюдении специалистов. Во второй стадии у больных резко выражено гипнотическое состояние, в котором они могут находиться в течение 1-3 и более суток. Проводимые для дегипнотизации внушения часто не дают положительных результатов, нередко пациентов вообще невозможно вывести из этого состояния. Насильственное (физическое) пробуждение приводит к резкому ухудшению как психического, так и соматического статуса. В этой стадии во время гипнотического состояния могут наблюдаться резко выраженные вегетативные явления: обильные потливость и мочеиспускание, гиперемия мышц шеи и лица, гиперкинезия, спазмы мышц гортани, нехватка воздуха, артериальная гипер- или гипотензия, учащенное сердцебиение и дыхание, непроизвольные движения рук, туловища, головы, полная амнезия. После дегипнотизации, как и в первой стадии, наблюдаются вегетативные и другие расстройства, однако они более выражены и острота их симптоматики может ввести в заблуждение, способствовать неправильной диагностике, потребовать срочного вмешательства врачей, в том числе и реаниматолога. Больные открывают глаза, смотрят на окружающих; отвечают на обращенную речь, хотя ответы могут быть и неадекватными. У неопытного специалиста эти явления не вызывают беспокойства, однако возможны тяжелые последствия (травмы и др.), так как ориентировка у пациентов ослаблена или отсутствует вообще, сознание сужено. После пробуждения они могут снова погрузиться в гипнотическое состояние. Вышеперечисленные явления иногда наблюдаются у этих больных на 5-й, 8-й и последующие дни после пробуждения, при этом некоторые из них могут ходить с открытыми глазами, участвовать в трудовой деятельности. Послегипнотическое состояние может соответствовать I степени гипномании, о которой речь шла выше. У больных со II и III степенью гипномании может наблюдаться фракционный сон, когда они сами просыпаются, просят есть, пить, ходят в туалет, а через некоторое время снова погружаются в сон без гипнотизации. Главное в подобных ситуациях — своевременно предотвратить возможные осложнения. Такие больные должны находиться под наблюдением специалистов до тех пор, пока полностью не выйдут из гипнотического состояния, примерно 6-9 дней и более.

Гипнофобия — навязчивые страхи, боязнь гипнотерапии. Встречается у лиц:

- 1) не подготовленных к гипнотерапии, которые боятся заснуть и не проснуться или же опасаются насмешек над ними;
- 2) с соматическими заболеваниями, у которых во время физиологического сна усиливаются приступы бронхиальной астмы, стенокардии и др.;
- 3) здоровых, наблюдавших у кого-либо ухудшения после гипнотерапии и испытывающих страх возникновения подобного состояния у себя;
- 4) не верящих в лечение и испытывающих подсознательный страх перед гипнотическим воздействием.

Гипнозофилия встречается в детском и подростковом возрасте.

У взрослых пациентов это явление довольно частое, особенно в случае, если они лечатся у авторитетного врача. Таким образом, они создают этому врачу определенную рекламу независимо от результатов лечения. Часто после успешного лечения больные годами стремятся поддерживать связь с врачом, направляют к нему своих знакомых, родных и т. д. Возможны отказ некоторых больных от адекватной медикаментозной терапии и настрой исключительно на *гипноз*, что и не показано, и может ухудшить общий результат лечения.

Одно из частых побочных нежелательных явлений гипнотерапии заключается в возникновении

влечения к врачу как к лицу противоположного пола. Оно может проявляться в различных формах. Одни больные не таят своих чувств и ищут возможные способы сближения с врачом, другие, наоборот, скрывают свои чувства, в результате чего у них ухудшается состояние, нарушается сон. Это может быть следствием переносных реакций, а также неосознанным стремлением привлечь внимание врача. Некоторые больные с истерическим типом характера, добивающиеся к себе особого внимания со стороны врача, не достигнув цели, создают вокруг него нежелательную атмосферу компрометирующих его разговоров, сплетен (например, о сексуальных отношениях с ним). У примитивных шизоидных больных на этой почве может развиваться психотическое состояние с полным отсутствием критического отношения.

Под влиянием гипнотерапии после пробуждения возможны повышение эмоционального фона и чрезмерная речевая активность. Это характерно для лиц с различными функциональными и органическими нарушениями (речи, слуха и т. д.), осложненными вторичными невротическими и невротоподобными расстройствами.

Изменение поведения больного на противоположное (например, в межличностных отношениях). Врач настраивает пациента должным образом реагировать на внешние раздражители после достижения терапевтического эффекта, но окружающими (семьей, сослуживцами) такое поведение воспринимается как неадекватное, не поддерживается, что в итоге негативно отражается и на больном, и на близких.

Синдром отмены в конце курса лечения. Для него характерны возникающие в условиях прекращения психотерапии в зависимости от типа патологического процесса соматические, неврологические или психические расстройства. Отмечаются нарушения в аффективной сфере — тоска, тревожно-депрессивное состояние, тревога, напряженность, истерические высказывания, расстройство адаптационных механизмов, агрессия по отношению к родным и окружающим, нарушение внимания, в отдельных случаях — острое психотическое состояние. В формировании и тяжести психических нарушений при отмене гипнотерапии большую роль играют личностные особенности больных. Чаще клинические последствия, сопровождающие прекращение гипнотерапии, сочетаются с симптомами основных заболеваний.

Одним из последствий гипнотерапевтического воздействия является ухудшение состояния пациента, отдаленное по времени от лечения (в домашних условиях через 1-2 и более месяцев). Чаще всего это связано с необдуманным поведением больного или неадекватными рекомендациями врачей или тем и другим одновременно. Проявляется это по-разному. Например, пациент, поверив в дальнейшее улучшение состояния, без согласия врача отказывается от профилактического приема лекарств или позволяет себе чрезмерные физические нагрузки, что приводит к осложнениям, нередко тяжелым (гипертонический криз, инфаркт и др.).

В числе последствий гипнотерапии можно назвать и следующие.

Утрата *раппорта*: погруженный в гипноз перестает реагировать на речь психотерапевта и выполнять внушения. А. М. Свядощ (1982) указывает на осложнения, которые могут наблюдаться у больных истерией: в редких случаях гипнотический сон у них может перейти в истерический ступор. Вывести пациента из него можно либо энергичным внушением пробуждения, либо приуменьшением значения возникшего состояния: «Пусть спит, когда выспится — проснется!» У больных же истерией во время гипнотизации может произойти истерический припадок или сумеречное расстройство сознания. Чаще это бывает, если пациент внутренне сопротивляется лечению или если производимое внушение глубоко противоречит его стремлениям.

При возникновении побочных эффектов гипнотерапии целесообразна их дифференциальная диагностика со сходными соматическими и нервно-психическими расстройствами, немедленное прекращение гипнотерапевтических сеансов, проведение с целью их устранения корригирующей психотерапии с применением адекватных для каждого случая психотерапевтических и медикаментозных воздействий.

Следует подчеркнуть, что большинство описанных О. п. (о.) г. возникают вследствие недостаточной профессиональной компетентности гипнотерапевта.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ.** Нарастающая тенденция интеграции психотерапии в общую медицину и превращения ее в общемедицинскую специальность заостряет вопрос об эффективности психотерапии — предпосылках, критериях и методах ее оценки.

Требование разработки критериев и методов О. э. п. становится все более актуальным в связи с опережающим развитием методов, организационных форм психотерапии, увеличением числа специалистов-психотерапевтов в системе здравоохранения. Организаторы психотерапевтической службы, отмечает Шкода (Skoda C., 1979), все чаще встречаются с проблемой оценки полезности, целесообразности и эффективности средств, выделяемых из фондов здравоохранения для охраны психического здоровья. Небезынтересно отметить, что эта проблема становится весьма значимой и за рубежом. Так, Хайн и др. (Hine F. et al., 1982) в статье, посвященной проблемам эффективности психотерапии, ссылается на решение финансовой комиссии Конгресса США изменить порядок финансирования психотерапевтического обслуживания населения путем поощрения только тех направлений психотерапии, которые базируются на научных оценках ее эффективности.

Чтобы показать всю сложность рассматриваемой проблемы, приведем основные предпосылки для ее решения по данным различных авторов (Карвасарский Б. Д., 1985; Stokvis B., 1959; Kratochvil S., 1976; Leder S. et al., 1982).

1. Чтобы оценить эффективность психотерапии, требуется прежде всего четко определить метод, с помощью которого она осуществляется. В практической же работе чаще говорится о психотерапии вообще, не об одном, а о группе методов, различных их комбинациях — *рациональной психотерапии и гипноза*, гипноза и *аутогенной тренировки* и т. д., поскольку утверждение в практике работы психотерапевта «комплексного» подхода способствует все более широкому применению сочетаний различных методов.

2. При квалифицированном использовании того или иного метода должна быть соблюдена определенная техника. Очевидно, что это одновременно требование к качеству подготовки, опыту, квалификации психотерапевта, что не всегда учитывается. И метод аутогенной тренировки, и метод *групповой психотерапии* «в руках» психотерапевтов с различной степенью квалификации, естественно, дадут различные результаты.

3. Число пациентов, леченных с помощью данного метода, должно быть статистически значимым. В то же время при использовании некоторых систем психотерапии речь идет чаще об отдельных пациентах, которые подвергались многомесячному или даже многолетнему воздействию психотерапии.

4. Изучение эффективности следует проводить на гомогенном материале. Обычно же имеются в виду группы больных, включающие первичных пациентов и тех, кому до этого времени не помогали никакие другие методы лечения, больных амбулаторных и госпитализированных, с острым и затяжным течением и т. д.

5. Группа пациентов, создаваемая для О. э. п., должна формироваться методом случайной выборки. С этической точки зрения это возможно в том случае, когда число больных заведомо превышает реальные возможности обеспечить их психотерапевтической помощью.

6. О. э. п. не должна проводиться тем лицом, которое осуществляет лечение, здесь необходим независимый наблюдатель. Это требование очень важно, так как при этом элиминируется влияние на оценку отношения пациента к врачу; можно предполагать, что больной будет более искренне оценивать эффективность лечения.

7. Весьма целесообразно, чтобы независимый наблюдатель не знал о применявшемся психотерапевтическом методе, чтобы его собственное отношение к этому методу не влияло на оценку. Использование магнитофонных записей психотерапевтических бесед позволило бы также исключить влияние на оценку типа поведения пациента во время психотерапии и т. д.

8. Должна учитываться личностная структура психотерапевта, степень выраженности у него качеств, используемых для прогнозирования успешности психотерапии (по данным литературы).

9. Необходимо учитывать личность больного, степень выраженности у него черт, особенностей, известных как прогностически благоприятные или неблагоприятные для проведения психотерапии.

10. Имеет значение установка больного на тот или иной вид психотерапии, сформированная у него, в частности, предшествующими встречами с психотерапевтами и теми или иными методами психотерапии.

11. В целях объективности необходимо сравнение непосредственных и отдаленных результатов лечения. Это условие особенно важно, когда речь идет об оценке эффективности применения

*личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова.*

12. Число повторно исследованных больных в катамнезе должно быть репрезентативным по отношению ко всему контингенту лечившихся; таких больных должно быть не менее 90% от общего их числа.

13. Оценка в катамнезе должна исходить не только от врача, желательно независимого оценщика (так называемые объективные данные), но и от самого больного (субъективные показатели).

14. Необходимо учитывать особенности жизни больного после окончания лечения, возможные влияния (положительные или отрицательные) на результат терапии ближайшего окружения пациента (семья, производство и т. д.).

15. Для объективного катамнеза необходима своя контрольная группа больных, поскольку изменения в состоянии пациентов, леченных с помощью психотерапии, могли с течением времени происходить и вне лечения.

16. Должны быть учтены те цели и задачи, обусловленные клинической спецификой заболевания и теоретическими предпосылками, которые стремился реализовать психотерапевт с помощью применяемого им метода.

Перечень возможных предпосылок, требуемых для объективной О. э. п., можно было бы продолжить. Например, при создании гомогенных сравниваемых групп важно учитывать местность, из которой прибыл на лечение больной (степень интеграции в ней психотерапии, известности психотерапевтов и т. д.).

В психотерапевтической практике учет всех этих моментов затруднителен, однако психотерапевт должен помнить о значении их при решении задач, связанных с объективной оценкой эффективности того или иного психотерапевтического метода.

По мере все большего использования метода групповой психотерапии казалось, что уже сам по себе внешний, более «открытый» характер лечения в группе, предполагающий взаимодействие относительно большого количества участников, в отличие от «камерности» диадного контакта «врач—больной», предоставляет возможности наблюдения, последствия которого влияют на течение психотерапевтического процесса в гораздо меньшей степени, чем при *индивидуальной психотерапии*.

В то же время в плане О. э. п. отмеченные преимущества применительно к групповой психотерапии в значительной степени нейтрализуются тем, что расширение диапазона интерперсонального взаимодействия в условиях группы серьезно осложняет возможности контроля над изучаемыми переменными. Еще более важно то обстоятельство, что включение в этот процесс группы как социально-психологической целостности влечет за собой необходимость учета ряда качественно новых переменных, имманентных группе как таковой и отсутствующих в диадном контакте. Дополнительные трудности обусловлены тем, что групповая психотерапия является в первую очередь процессом лечебным, следовательно, оценка его конечных результатов имеет всегда индивидуализированный характер, неразрывно связана с клиническими аспектами оценки изменений, происходящих в человеке, и вследствие этого требует постоянного соотнесения трех исследовательских плоскостей — клинической, индивидуально-психологической и социально-психологической.

Признание этой неразрывной связи ставит под сомнение обоснованность и целесообразность принятого разделения работ в этой области на исследования процесса и эффективности психотерапии. Анализ литературы последних лет, в основном зарубежной, посвященной изучению групповой психотерапии, показывает, что в большинстве случаев результаты, полученные исследователями, несопоставимы между собой. Причиной этого являются не только различия в теоретических подходах авторов к пониманию ими целей, задач и механизмов терапевтического процесса, но и, в первую очередь, недостаточно четкое определение критериев эффективности, а следовательно, недостаточно обоснованный выбор изучаемых переменных. Этот разрыв между процессуальной и результативной сторонами групповой психотерапии ведет к тому, что исследованию подвергаются либо параметры, произвольно установленные авторами в соответствии с их теоретической ориентацией, либо феномены, являющиеся объектом традиционного анализа в социальной психологии, терапевтическая значимость которых, однако, специально не изучается. В качестве простейшего примера можно указать на проблему численности и состава *психотерапевтической группы*. Принято считать (в соответствии с данными социальной психологии малых групп), что оптимальным количеством является 10-12 человек и что

группа должна быть гетерогенной во всех отношениях, кроме нозологического состава. Однако в литературе отсутствуют указания, для всякого ли пациента такие условия являются оптимальными. То же самое можно сказать о тематике *групповых дискуссий*, типе активности, характере интеракции и др.

Не подлежит сомнению, что выбор критериев эффективности психотерапии самым непосредственным образом определяется ее целями, в свою очередь вытекающими из принятой теоретической концепции. В большей степени это относится к оценке эффективности личностно-ориентированных систем психотерапии, в том числе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова.

По убеждению подавляющего большинства специалистов, один лишь критерий симптоматического улучшения не является надежным при определении непосредственной эффективности и устойчивости психотерапии, хотя субъективно переживаемое больным (и по мере возможности объективно регистрируемое) клиническое симптоматическое улучшение является, несомненно, важным критерием О. э. п. Клинический опыт с применением широких катамнестических данных убедительно свидетельствует о необходимости привлечения для О. э. п. определенных социально-психологических критериев. К ним относятся: степень понимания пациентом психологических механизмов болезни и собственной роли в возникновении конфликтных и травмирующих ситуаций, в том числе в развитии своих неадаптивных реакций; изменения в отношениях и установках; улучшение социального функционирования и др.

Критерии эффективности психотерапии должны удовлетворять следующим условиям. Во-первых, достаточно полно характеризовать наступившие изменения в клинической картине и адаптации пациента с учетом трех плоскостей рассмотрения терапевтической динамики:

- 1) соматической,
- 2) психологической,
- 3) социальной.

Во-вторых, они должны не только позволять производить оценку с точки зрения объективного наблюдения, но и включать субъективную оценку с позиций самого пациента. И в-третьих, эти критерии должны быть достаточно независимы друг от друга.

Для оценки эффективности личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова при неврозах можно использовать несколько критериев, которые до некоторой степени могут рассматриваться и как показатели глубины лечения. При проведении психотерапии на первом этапе достигается определенная степень понимания больным связи между имеющейся симптоматикой и невротическим конфликтом, между симптоматикой и собственными проблемами. Изменения (в ожидаемом направлении) степени понимания больным психологических механизмов его заболевания приняты в качестве первого из дополнительных социально-психологических критериев оценки эффективности лечения. На следующем этапе психотерапии перестраиваются отношения больного, вследствие чего он приобретает большую способность к восприятию нового реального опыта и более адекватных способов реагирования. Обычно эта перестройка захватывает сферу не только межличностных отношений, но и отношений больного к самому себе, приводя к уменьшению разрыва между идеальными и реальными представлениями о себе. Объективно регистрируемые (наблюдаемые окружением) параметры, характеризующие степень восстановления нарушенных отношений личности, т. е. изменения в поведении, в контактах с людьми, жизненных планах, целях, рассматриваются в качестве второго критерия. На последнем этапе психотерапии происходит реализация больным нового опыта, новых стереотипов поведения, перестроенных отношений. Это приводит к нормализации социального функционирования больного на работе, в обществе, в семье. В качестве третьего критерия используется субъективно и объективно (в том числе катамнестически) определяемая степень нормализации социального функционирования в различных сферах деятельности.

Возрастает интерес к разработке критериев и методов О. э. п. при ряде других заболеваний. Так, Б. М. Гузиков (1982) предлагает оценивать эффективность психотерапии (в частности, в групповой форме) при алкоголизме с помощью следующих четырех критериев: степень преодоления пациентом анозогнозии: это и неспособность признать себя больным алкоголизмом, и нежелание лечиться и т. д.; степень объективности оценки больным своих личностных особенностей, способность к

восстановлению самоуважения и др.; степень социально-психологической реадaptации, которая определяется характером восстановления нарушенных семейных, производственных и иных отношений пациента; длительность ремиссии. Автором подчеркивается большая надежность О. э. п. при алкоголизме с учетом использования всех указанных критериев.

В исследованиях В. М. Воловика (1979) и его коллег анализируются вопросы эффективности психотерапии в системе лечебно-реабилитационных воздействий у больных с малопрогредиентными формами шизофрении. В дополнение к клиническому здесь также выступают психологический и социальный критерии, содержательные аспекты которых, естественно, определяются целями проводимой индивидуальной и групповой психотерапии. Основными направлениями *психотерапевтического вмешательства* здесь являются:

- 1) субъективная оценка болезни и отношение к лечению;
- 2) наличие трудностей и конфликтов в иных значимых сферах отношений личности и степень их осознания;
- 3) искажение социальной перцепции, самооценки и уровня притязаний;
- 4) недостаток индивидуального опыта и наличие вторично усвоенных форм поведения, дезадаптирующего больного.

Значительно усложнилось понятие эффективности психотерапии при соматических заболеваниях. Среди критериев психотерапии и реабилитации этих больных выделяются: медицинский (включающий в себя физический), психологический, профессиональный и социально-экономический.

Методы исследования эффективности психотерапии должны давать возможность получения численных показателей рассматриваемых критериев, регистрации изменений, происходящих в процессе лечения, по каждому из них, статистического анализа полученных с их помощью результатов.

Приводим в качестве примера комплекс методик, разработанных с учетом принятой и описанной выше системы из четырех критериев для О. э. п. при неврозах (Карвасарский Б. Д., Ледер С., 1990). Основой для О. э. п. больных неврозами служила клиническая шкала, представленная в четырех градациях и отражающая динамику улучшения относительно каждого из указанных выше критериев. Эта шкала может быть использована как при обычной клинической оценке врачом результатов проведенной терапии, так и в различных клинко-психологических методиках.

Наряду с клинической шкалой для учета степени симптоматического улучшения могут применяться различные оценочные шкалы. Так, опросник Александровича (Aleksandrowicz J. W., 1977) включает пункты, относящиеся к различного рода невротическим расстройствам. Степень выраженности симптоматики оценивают в баллах (от 0 до 3). Для каждого пациента полученные оценки суммируются и подсчитывается количество ответов в каждом из четырех разрядов (1 — симптоматика проявляется часто или характеризуется выраженной интенсивностью, 2 — симптоматика проявляется довольно часто или характеризуется значительной интенсивностью, 3 — симптоматика проявляется редко или характеризуется слабой интенсивностью, 4 — симптоматика отсутствует). Исследование проводят в начале и в конце лечения. Сравнение полученных величин позволяет отнести перемены в симптоматике к таким категориям оценки эффективности, как значительное улучшение, незначительное улучшение, без перемен, ухудшение. Представляет интерес вопрос о том, какие группы симптомов первоначально доминируют в клинической картине больного и какие подвергаются изменениям в процессе лечения. Опросник позволяет оценить наличие и динамику пяти симптомокомплексов: обсессивно-фобических расстройств, эмоциональных нарушений, соматических расстройств, перцептивно-гностических и личностных нарушений.

Для определения динамики осознания психологических механизмов болезни в процессе психотерапии больных неврозами в дополнение к клиническому методу используются клинко-психологические шкалы и проективные методики. Степень осознания и понимания больным психологических механизмов своего заболевания может оцениваться с помощью опросника, состоящего из трех частей, разработанного в клинике неврозов Института психиатрии и неврологии в Варшаве. Первая часть — это шкала для измерения степени понимания пациентом связи между выраженностью имеющихся у него расстройств, ситуацией и способом переживания: пациент должен выбрать из перечня предлагаемых высказываний то, которое отражает его понимание причин периодического усиления симптоматики. Каждый ответ имеет определенный вес, учитывающий

степень осознания, представленную в указанных выше пунктах опросника. В процессе лечения происходит изменение частоты выбора ответов, отражающее степень осознания. Если до начала лечения преобладают ответы типа: «симптоматика усиливается вследствие перемены погоды», «без видимых причин», то к концу лечения чаще всего называются следующие: «в некоторых трудных для меня ситуациях», «вследствие переживания мною таких чувств, как неуверенность, обида, злость и т. д.». Вторая часть опросника представляет собой шкалу, предназначенную для измерения степени понимания пациентом связи между возникновением невротических нарушений и различными факторами. Пациент должен выбрать высказывания, отражающие его понимание возникновения невротических нарушений. В процессе лечения происходит изменение степени осознания больным психологических механизмов своего заболевания — от непонимания роли психогенных факторов в возникновении невроза (в лучшем случае признается связь между его симптомами и неспецифическим напряжением) к осознанию специфического содержательного или адаптивного характера симптомов, полного осознания роли собственных личностно-эмоциональных проблем в возникновении типичных для больного конфликтных ситуаций и понимания их генеза. Третья часть опросника представляет собой перечень основных эмоционально-личностных проблем при неврозах. Наиболее частыми из них, отмечаемыми самими больными, являются: конфликт между потребностью подчиняться и доминировать, конфликт между зависимостью и независимостью, конфликт между потребностью достижения и страхом неудач и расхождение между уровнем притязаний и уровнем достижений, а также конфликты, связанные с неадекватной нормативностью. В процессе лечения пациенты полнее идентифицируют свою конфликтную проблематику и придают ей все большее значение в качестве причины возникновения невротических расстройств. Выделенные к концу лечения больным проблемы сравниваются с данными об этих проблемах, полученными от лечащего врача. Такое сопоставление позволяет определить уровень осознания пациентом своих невротических проблем. Правильное же понимание им своей проблематики способствует ее конструктивной интеллектуальной и эмоциональной переработке, что приводит к снижению уровня нервно-психического напряжения и, как следствие этого, к редуцированию симптоматики.

Установление степени реконструкции нарушенных личностных отношений больного в процессе психотерапии может осуществляться с помощью проективных методов (незаконченных предложений и др.), семантического дифференциала Осгуда, метода Люшера, методики Q-сортировки, межличностной методики Лири. Динамика самооценки (идеальные и реальные представления о себе), отношения к другим, к своему заболеванию отражают процесс реконструкции личности. Для изучения отношения к лечению может быть использован опросник, содержащий 22 высказывания, характеризующих разнообразную мотивацию к лечению: установка на достижение осознания, на изменение поведения, на достижение симптоматического улучшения, «вторичного выигрыша» от болезни, иная мотивация (например, собственная концепция болезни, желание лечиться современными методами и пр.). Если в начале лечения у больных преобладает установка на достижение симптоматического улучшения, на пассивное получение помощи, то в процессе психотерапии наблюдается существенная динамика, а именно формируются установки, направленные на достижение осознания и изменение поведения. Являясь первичными результатами психотерапии, такие установки в дальнейшем обеспечивают ее эффективность.

О степени восстановления полноценного социального функционирования больного можно косвенно судить по изменению его поведения в отделении (выполнение обязанностей по самообслуживанию, участие в трудовой терапии, положительное влияние на других больных), а также, что более показательнее, в катамнезе, оценивая динамику его производственных показателей, социальных связей и других жизненных характеристик. Дополнительную информацию может представлять специальная анкета, отражающая степень удовлетворенности пациента своим функционированием в различных сферах жизни (семья, работа и общество).

Использование этой системы оценок позволяет не только получать целостное представление о результатах лечения пациента, но и прогнозировать их устойчивость, а также определять реальные терапевтические задачи и оптимальные психотерапевтические методы для различных категорий больных неврозами.

Разумеется, для оценки изменений в состоянии больных неврозами и другими заболеваниями по



критериям симптоматического улучшения, психологическим и социально-психологическим критериям может применяться широкий спектр методик, специально разработанных с учетом данного заболевания, его природы и механизмов, — клинические шкалы, психологические, социально-психологические, психофизиологические, физиологические методики и т. д.

Необходимо лишь подчеркнуть, что обнаружение динамики в состоянии больного с помощью психологических методов требует применения при повторных исследованиях сходных методик, по содержанию и форме предъявления отличающихся, однако, от первоначальных, чтобы уменьшить (если не исключить) искажения, вызванные приобретением навыков в выполнении заданий.

В случаях применения экспериментально-психологических методик для О. э. п. исходят из обычного для психодиагностики принципа отличия выборки больных от нормальной выборки, а также из того, что по мере улучшения состояния пациентов психологические показатели их приближаются к показателям нормы. Поэтому основное внимание акцентируется на разности средних показателей психологических методик, полученных в начале, в процессе и в конце лечения. Многими авторами, особенно при продолжительной (в течение месяцев, а иногда и лет) терапии, динамически изучаются с помощью тех же психологических методик и контрольные группы больных, не подвергавшихся лечебному воздействию.

При О. э. п. больных неврозами, психическими и другими заболеваниями могут использоваться относительно более объективные психофизиологические методы (Мягер В. К., 1971; Карвасарский Б. Д., 1990). Установлено, что улучшению состояния больного сопутствует нормализация (или тенденция к ней) психофизиологической реактивности, обусловленная перестройкой его отношения к прежде патогенным условиям и воздействиям. Для определения эффективности преимущественно симптоматических психотерапевтических методов регистрируются изменения вегетативно-соматических, физиологических и психических функций (Платонов К. И., 1962; Буль П. И., 1974; Свядоц А. М., 1976; Чугунов В. С., Васильев В. Н., 1984; Вассерман Л. И., 1989; Гаренкова Н. И., 1995, и др.).

Очевидно, что необходимость учета отмеченных выше предпосылок, критериев, результатов исследований с помощью адекватных этим критериям методов (а в конечном счете — множества самых разнообразных переменных) для О. э. п. создает почти непреодолимые трудности при решении этой проблемы. Определенный выход многие авторы видят в возможностях, открывающихся при использовании все более сложных программ многомерной статистики с применением современной компьютерной техники. В то же время не прекращаются попытки тщательного анализа отдельных наблюдений, в том числе в процессе групповой психотерапии, разработки специальной методологии такого анализа, также с использованием сложных статистических методов.

При всей трудности О. э. п. дальнейшая разработка теоретических и практических аспектов этой проблемы всегда будет требовать учета своеобразия природы, клиники и механизмов развития болезни, используемых методов лечения и тех целей, которые стремятся реализовать с их помощью.

См. также *Метаанализ результатов исследования эффективности психотерапии Граве*.

## П

**ПАВЛОВ** Иван Петрович (1849-1936). Великий русский физиолог родился в селе Кривополье бывшей Рязанской губернии. Отец его был священником. Окончив в 1864 г. духовное училище, П. поступил в Рязанскую духовную семинарию. «Под влиянием литературы шестидесятых годов, в особенности Писарева, — писал П., — ...наши умственные интересы обратились в сторону естествознания, и многие из нас — в числе этих и я — решили изучать в университете естественные науки». Не окончив семинарии, в 1870 г. П. уехал из Рязани и поступил на естественное отделение физико-математического факультета Петербургского университета. На решение П. специализироваться в области физиологии большое влияние оказали работы И. М. Сеченова, и в особенности его «Рефлексы головного мозга» (1863). Первый свой экзамен в университете П. сдал профессору Д. И. Менделееву. В 1874 г. совместно со студентом М. И. Афанасьевым П. выполнил студенческую научную работу «О нервах, заведующих работою поджелудочной железы». В ходе этого исследования П. была создана

собственная и весьма оригинальная методика наложения панкреатической фистулы и техника эксперимента. За это исследование советом университета П. была присуждена золотая медаль. Окончив в 1875 г. естественное отделение Петербургского университета, в том же году П. поступил на 3-й курс Медико-хирургической (ныне Военно-медицинской) академии. Еще будучи студентом последнего курса академии, П. руководил небольшой лабораторией при клинике выдающегося деятеля русской медицины С. П. Боткина. Работая в этой лаборатории, П. за свои экспериментальные исследования также получил золотую медаль. Исследования центробежных нервов сердца составили содержание защищенной в 1883 г. докторской диссертации. Уже в первых экспериментальных исследованиях П. выявилась одна особенность, а именно: постоянный неослабевающий интерес к влиянию нервной системы на различные внешние и внутренние функции живого организма, стремление установить и изучить влияние нервной системы на возможно большее количество функций организма. Это физиологическое направление сам П. называл нервизмом. В 1884 г. П. получил от академии двухгодичную командировку за границу. В 1890 г. он был избран на кафедру фармакологии Военно-медицинской академии, а в следующем году стал заведовать физиологическим отделом экспериментальной медицины, которым руководил до конца своей жизни. В 1897 г. П. выпустил в свет свой знаменитый труд «Лекции о работе главных пищеварительных желез», принесший ему мировое признание. За труды по физиологии пищеварения П. была присуждена Нобелевская премия за 1904 г.

В 1903 г. П. опубликовал первую статью, посвященную учению об условных рефлексах. В это время он ставит задачу в дальнейшем разрабатывать «экспериментальную психологию и психопатологию на животных». Позже, в 1931 г., П. при своей лаборатории открыл 2 специальные клиники — нервную и психиатрическую. Здесь он изучал различные формы неврозов и психозов.

В научной деятельности П. можно выделить 3 основных этапа. Первый период научной деятельности был сосредоточен на вопросах физиологии и фармакологии сердечно-сосудистой деятельности; второй посвящен экспериментальному исследованию деятельности пищеварительных желез; третий — изучению функции самой нервной системы, и в особенности экспериментальному исследованию работы высших ее отделов — больших полушарий головного мозга и ближайших к ним подкорковых областей. Именно на этом третьем этапе П. было развито учение об условных и безусловных рефлексах, превратившееся позднее в учение о высшей нервной деятельности и далее — в учение о первой и второй сигнальных системах мозговой коры.

Исследования П. по физиологии высшей нервной деятельности (взаимодействие первой и второй сигнальных систем и характеристика второй сигнальной системы, типы нервной системы, локализация функций, системность работы больших полушарий, экспериментальные неврозы и др.) сыграли большую роль в развитии физиологии, медицины, психологии и педагогики.

Результаты экспериментальных исследований систематически были изложены П. в двух его основных книгах: «Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных» (1924) и «Лекции о работе больших полушарий головного мозга» (1926-1927). В 1949 г. были опубликованы «Павловские среды» (в 3-х томах) — стенограммы заседаний коллектива сотрудников физиологических лабораторий П. в нервной и психиатрической клиниках, которые проходили под его руководством.

Труды П. оказали значительное влияние на формирование *бихевиоризма* — направления в психологии, сформировавшегося в начале XX в. и явившегося теоретической основой *поведенческой психотерапии*. *Классическое обусловливание*, связанное с именем П., было первой теорией, которая легла в основу поведенческой психотерапии. Идеи П. оказали также влияние на формирование теории инструментального, или *оперантного обусловливания*, разработанного Торндайком (Thorndike E. L.) и Скиннером (Skinner B. F.).

Следует указать на вклад П. в разработку учения о *гипнозе*.

См. также *Условно-рефлекторная терапия Сэлтера*.

**ПАЛСИНГ.** Автор холистического пульсационного массажа — Браунинг (Browning T.). Иногда этот массаж называют холистическим П. (holos (греч.), wholistic (англ.) — целостный; pulsing (англ.) — пульсация). Проработав много лет в качестве профессионального массажиста, остеопата и рефлексотерапевта, Браунинг поняла, что для того, чтобы вылечить человека от какой-то болезни, недостаточно лечить его лишь на физическом уровне, нужен целостный подход. Она предложила

систему, объединяющую важные составляющие психосоматических концепций и техник, которая интегрирует в себе телесную терапию Востока и представления глубинной психологии Запада, что позволило открыть новые возможности в профилактике и лечении различных расстройств. Благодаря принципам, лежащим в основе П.-технологии, этот метод имеет широкий спектр применения. Холистический массаж активно используется при лечении детей, подготовке к родам беременных женщин, показан пожилым людям для возвращения суставам и тканям гибкости, эластичности, подвижности. Используется при лечении детского церебрального паралича. Особенно полезен массаж при реабилитации больных после инфаркта и инсульта. П. эффективно используется как при лечении физических недугов, так и при психосоматических и эмоциональных расстройствах, состояниях страха и депрессиях, посттравматических состояниях (жертвы психологического, физического и сексуального насилия) и др.

Холистический массаж представляет собой целостную систему и является профилактическим, терапевтическим и реабилитационным методом. Чаще всего метод используется в комплексе терапевтических и психотерапевтических процедур.

Техника ритмичного раскачивания в холистическом массаже включает в себя разнообразные приемы. В процессе раскачивания тело как бы удлинняется, растягивается. Терапевт, выполняя пульсационные движения, распространяет вибрации по всему телу. Основной, главенствующий принцип раскачивания — ритм и движение. Ритм — неотъемлемая часть человеческого существования. В процессе массажа ритм телу задается пульсирующими движениями, которые представляют собой раскачивание. Обычно раскачивание осуществляется раскрытой ладонью, где главная роль отводится большому пальцу, остальные пальцы не столь активны. Мягкая раскрытая ладонь покоится на теле пациента и постоянно поддерживает его. У каждого человека и части тела есть свой собственный ритм и степень раскачивания, своя собственная скорость, с которой тело возвращается в исходное положение после каждого покачивания. Темп также важен при выполнении массажа, поскольку он напрямую связан с глубиной расслабления пациента. Непрерывность и плавность раскачивания очень важны, поскольку оказывают расслабляющее действие на всю мышечную систему организма, а также способствуют изменению состояния сознания (приводят к мягкому кинестетическому трансу). Чем мельче раскачивание, тем быстрее ритм, движения тела. И наоборот, чем больше движение, тем медленнее ритм. Во время сеанса применяются оба подхода. Холистический массаж — очень гибкий способ и может применяться с большим эффектом в любой позиции, продиктованной необходимостью. Пациент может лежать на животе, спине, на боку, в позе эмбриона. Наиболее удобным для терапевтической работы является естественное положение на спине: руки лежат вдоль тела, ноги — на ширине плеч. Холистический массаж является хорошим диагностическим методом мышечных зажимов, связанных с перенесенными психологическими травмами, или мышечной броней, по Райху (Reich W.). Постоянный раскачивающий ритм, который задается телу во время сеанса, обладает свойством текучести, стимулируя все процессы течения жидкостей в теле. У пациентов часто возникают ассоциации с водой. Сила холистического массажа в его мягкости. Это ключ. «Мягкое-мягкое побеждает твердое-твердое...» (Лао-Цзы).

Во время сеанса с его покачивающим ритмом характерными являются воспоминания состояния эмбриона — теплая вода, защищенность и радость сотворения — первая пренатальная матрица, по Грофу (Grof S.). Отзвук этих клеточных воспоминаний можно сознательно или бессознательно испытать во время сеанса массажа, пережив свое рождение заново. С помощью этого метода открывается возможность путешествия из биографического опыта в перинатальный и еще ниже, в трансперсональную область.

Чем же выделяется холистический массаж на столь многообразном фоне подходов и техник *телесно-ориентированной психотерапии*? Простота. Техника массажа легка и естественна. В профилактических целях ею может пользоваться и неспециалист. Для использования его в глубинной психологии, безусловно, нужна специальная подготовка. Нежность. Одна из особенных черт холистического массажа, которая делает его столь эффективным в целительстве, — это та безопасная среда, окружающая обстановка, которая создается в процессе занятия. Сила холистического массажа в его мягкости и нежности, и именно это стимулирует процесс исцеления. Браунинг считает: «Слишком долго мы были приверженцами мифа о "горькой" медицине, которая утверждает, что для того, чтобы

лечение помогало, оно должно быть неприятным». Единство. Холистический массаж представляет собой двусторонний процесс, в котором два ритма сливаются в один. Браунинг говорит об ощущении как бы танцующего потока между двумя людьми, в котором получающий и дающий меняются местами. Ответственность. Очень важно, чтобы пациент понимал, что он сам несет ответственность за свое здоровье и жизнь. Оба участника процесса — и терапевт, и пациент — несут ответственность за происходящее на сеансе. *Осознание*. В телесной психотерапии большое значение имеет осознание сигналов тела, поскольку они напрямую выражают потребности бессознательного. Осознание сигналов тела помогает человеку найти утерянное — соединиться со своим внутренним источником знания. *Соппротивление*. Важно понимать, что сопротивление является частью процесса исцеления и в нем нет ничего плохого. Причин сопротивления может быть столько, сколько людей. Принятие. Для тех, кто начинает исцелять, очень важно понять, что им не нужно изменять других, навязывая собственные представления и оценки. Самое большое, что может психотерапевт, — это полностью принять пациента таким, какой он есть, что, в свою очередь, поможет пациенту принять самого себя. Блоки. Отношение к блокам в холистическом массаже — безоценочно. Это самое важное. Отрицать блоки, как считает Браунинг, значит безрассудно растрачивать наше главное богатство, поскольку они — самые ценные учителя человека. Благодаря им человек может глубже познать себя и свою жизнь. «Язык тела». В предлагаемом подходе тело рассматривается как определенная система полюсов: левый — правый, верхний — нижний, голова — тело, туловище — конечности. Каждый полюс соответствует определенному психологическому аспекту. Та часть, куда мы направляем больше энергии, будет несомненно лучше развита, и это отразится в целом на балансе нашего тела. Когда человек фиксируется на одном доминирующем аспекте, становится привязанным к нему, то возникают психосоматические или эмоциональные нарушения. Это может привести к такой ситуации, когда человек будет оперировать логикой, в то время как нужно использовать чувство; или будет показывать свое «общественное» лицо, когда требуются близкие эмоциональные отношения. Это часто происходит при «разрыве» верхней и нижней частей тела. В массаже это чувствуется по тому, насколько будет трудно найти единый ритм для верхней и нижней части. При раскачивании какой-либо части движения будут гаситься в области крестца. В качестве примера можно рассмотреть границу между головой и телом. Вот некоторые ключевые слова, которые относятся к этим аспектам. Голова: лидер, взрослый, интеллект, идеи, рассудок, логика. Тело: эмоции, чувства, страсть, инстинкт, интуиция и др. «Разрыв» между головой и телом превалирует в современном обществе. При наличии разрыва между головой и телом огромное значение имеет шея. В этой области обычно собрано большое количество блоков. Часто этот разрыв хорошо виден в теле: шея наклонена вперед, вынося голову и подбородок, словно говоря о том, что голова идет впереди тела.

Семь основных принципов П.-технологии.

1. Повсеместное движение. Основная цель массажа любого участка — создать движение по всему телу, именно поэтому первый принцип — «повсеместное движение» — является основным. Посредством повсеместного движения тела посылается сообщение о его целостности.

2. Расширение и удлинение. Растягивание не только расширяет грудную клетку, освобождает зажатые суставы и мышцы, оно также способствует установлению контакта с внутренним ребенком, освобождению сдерживаемых эмоций.

3. Соединение. Соединение различных полюсов и аспектов тела достигается двумя способами: через повсеместное движение в теле; при массаже границ и прилежащих областей. Соединение может быть также достигнуто через изменения ритма колебаний.

4. Единство. Поскольку действие массажа очень глубокое, пациент чрезвычайно чувствителен во время сеанса. Если во время сеанса терапевт отвлечется, задумается о чем-то своем, потеряет *раппорт*, то пациент почувствует себя покинутым.

5. Никакого принуждения. Принцип работы без усилий демонстрируется на протяжении всего процесса, как при физическом воздействии, так и при создании оптимальной психологической атмосферы, *интерпретациях* при разборе опыта пациента.

6. Исцеление, а не исправление. Впервые столкнувшись с блоком, не рекомендуется приступать сразу к работе с ним, поскольку знание какого-то конкретного момента не дает возможности судить о ситуации в целом. Вырывая отдельные моменты из контекста, можно упустить основную мысль, а с ней

и возможность понять, что происходит в реальности с человеком.

7. Самоисцеление. Взаимодействие терапевта с пациентом заключается в том, чтобы помочь последнему вернуть внутреннюю силу через способность доверять своим ощущениям, чувствам. Следует приветствовать его право иметь свое мнение и выбор.

Работа с блоками. Во время массажа или после него можно использовать самые различные способы снятия блоков: дыхание, звуки или прямой массаж области, прилегающей к месту расположения блока. Холистический массаж — это открытый способ, здесь нет ограничений. Просто необходимо доверять своей интуиции и следовать за процессом, доверяя ему. Этому обучают и пациента: доверять собственным процессам, принимать и изучать их. Часто в тот момент, когда блоки разрушаются, тело отражает эти перемены неожиданно глубокими вздохами, повышенной подвижностью, слезами. В такие моменты пациент обычно испытывает огромное чувство облегчения, так как энергия, аккумулированная в теле, начинает движение. Все это сопровождается дрожанием отдельных участков тела и чувством расширения или свободы. Отмечается множество признаков, какими освобождение может проявлять себя — на физическом, эмоциональном, интеллектуальном уровнях. Все эти симптомы подтверждают, что при использовании этого метода начинает происходить процесс самоорганизации психосоматической системы.

**ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ИНТЕНЦИЯ ФРАНКЛА.** Метод, предложенный Франклом (Frankl V. E.), автором *логотерапии*, в 1929 г., описан им лишь в 1939 г., а опубликован под этим названием в 1947 г. Логотерапия включает два таких специфических человеческих проявления, как самотрансценденция и способность к самоотстранению.

Человек с ноогенным неврозом постоянно находится в поисках смысла. П. и. Ф. применяется при неврозах, когда имеются следующие патогенные паттерны реагирования:

1. Некий симптом вызывает у пациента опасение, что он может повториться; возникает фобия — страх ожидания повторения симптома, который приводит к тому, что симптом действительно появляется снова, и это лишь усиливает изначальные опасения пациента. Иногда сам страх может быть тем, повторения чего боится больной, но чаще боятся обморока, инфаркта, апоплексического удара. На свой страх больные реагируют бегством от действительности (жизни), например стараются не выходить из дома.

2. Пациент находится под гнетом овладевших им навязчивых представлений, пытается подавить их, противодействовать им, но это лишь усиливает первоначальное напряжение. Круг замыкается, и пациент оказывается внутри этого порочного круга.

В отличие от фобии, собственно обсессивные состояния характеризуются не бегством, а борьбой — борьбой с навязчивыми представлениями. Однако и фобии, и обсессивные состояния вызываются стремлением избежать ситуаций, обуславливающих тревогу. Невроз порождается не только первичными условиями (внешняя и внутренняя ситуация, ведущая к первому появлению симптома), но и вторичными (закреплением страха ожидания). Необходимо разорвать эти круговые механизмы. Сделать это можно, лишив подкрепления опасения больного. При этом следует учитывать, что пациент с фобией боится чего-то, что может с ним случиться, в то время как больной с обсессией боится и того, что может совершить сам.

В данных случаях следует обратиться к столь характерной для человека способности к самоотстранению, которая особенно ярко отражается в юморе. Юмор — важное свойство человеческой личности; он дает возможность занять дистанцию по отношению к чему угодно, в том числе и к самому себе, и тем самым обрести над собой полный контроль. Мобилизация этой способности человека к дистанцированию и достигается с помощью метода П. и. Ф.

П. и. Ф. построена на том, что пациент должен захотеть, чтобы осуществили то (при фобии) или чтобы он сам осуществил то (при обсессии), чего он так опасается. При этом парадоксальное предложение должно быть сформулировано по возможности в юмористической форме.

Очевидно сходство П. и. Ф. с вошедшими позже в обиход методами *поведенческой психотерапии*. Однако, хотя в обоих случаях используется понятие *подкрепления*, не следует забывать о различиях, что иллюстрируется, например, сравнением с техникой «жетонов», где позитивно подкрепляется желаемое, правильное поведение. 9-летний мальчик регулярно, каждую ночь, мочился в постель. Родители и били сына, и стыдили его, и уговаривали, и игнорировали — все было безуспешно,

становилось только хуже. Человек, к которому они обратились за советом, сказал мальчику, что за каждую ночь, когда он намочит постель, он получит по 5 центов. Мальчик немедленно пообещал сводить его в кино и пригласить «на чашку шоколада» — настолько он был уверен, что скоро разбогатеет. К моменту следующей встречи пациент заработал всего 10 центов. Он сказал, что делал все возможное, чтобы мочиться в постель каждую ночь и заработать таким образом как можно больше денег, однако, к сожалению, ничего не получалось. Он просто не мог понять этого, ведь прежде с этим у него все «было в порядке».

Логотерапия предвосхитила многое, что позднее поведенческой психотерапией было поставлено на солидную экспериментальную основу. Так, исследуя эффективность П. и. Ф., поведенческие психотерапевты подбирали пары больных неврозом навязчивых состояний с одинаково выраженными симптомами и одного из них лечили методом П. и. Ф., а другого оставляли без лечения в качестве контрольного пациента. Было установлено, что в течение нескольких недель симптомы исчезали только у больных, подвергшихся лечению, при этом ни в одном случае не возникли новые симптомы вместо прежних.

П. и. Ф. помогает даже в тяжелых и хронических случаях, причем и тогда, когда лечение длится недолго. Страх является биологической реакцией, позволяющей избегать тех ситуаций, которые страх представляет как опасные. Если больной будет сам искать эти ситуации, научится действовать «мимо» страха, то последний постепенно исчезнет, как бы «атрофируется» от бездействия.

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ МЯСИЩЕВА.** На становление психотерапии в нашей стране существенное влияние оказала концепция патогенетической психотерапии. Основные положения ее как системы лично-ориентированной психотерапии были сформулированы на основе «психологии отношений» В. Н. Мясищева (1893-1973) еще в 30-40-х гг. Одним из фундаментальных положений последней явилось понимание личности как системы отношений индивида с окружающей социальной средой. Начало исследования личности как системы отношений связано с именами основателей русской медицинской психологии В. М. Бехтерева и А. Ф. Лазурского. В дальнейшем эти исследования были продолжены и развиты их учеником В. Н. Мясищевым, которому и принадлежит более детальная разработка указанной концепции личности как в общепсихологическом плане, так и применительно к теории и практике медицины и в особенности — к учению о неврозах и психотерапии.

Подход к проблеме личности неразрывно связан с вопросом о соотношении биологического и социального в человеке. Задавая себе вопрос, является ли личность биосоциальным или социальным образованием, В. Н. Мясищев (1971) отвечает на него так: «Считая, что личность представляет собой высшее психическое образование, обусловленное общественным опытом человека, подчеркивая необходимость разграничения понятий "условия личности" и "сама личность", я полагал, что в понимании личности биологически-органическое неразрывно связано с социальным, но не является ни личностью, ни ее частью, а только условием личности».

Главная характеристика личности, по В. Н. Мясищеву (1960), — система ее отношений, прежде всего отношений с людьми, формирующихся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях на базе физиологической деятельности мозга. Эти отношения представляют преимущественно сознательную, основанную на опыте избирательную психологическую связь человека с различными сторонами жизни, которая выражается в его действиях, реакциях и переживаниях. Отношения характеризуют степень интереса, интенсивность эмоций, желания и потребности, поэтому они и являются движущей силой личности. Выступающим в качестве важнейшего структурообразующего компонента во взаимосвязи с другими психическими явлениями — психическими процессами, свойствами и состояниями — отношениям личности присущи следующие особенности: уровень активности, соотношение рационального и иррационального, адекватного и неадекватного, сознательного и бессознательного, устойчивость или неустойчивость, широта или узость, рациональная или эмоциональная обусловленность и др. Личность проявляется в разных областях, и прежде всего в социальных отношениях и взаимоотношениях, отношениях в семье, на производстве, к труду и др. В структуре отношений особенно важным является отношение человека к самому себе. Значимость последнего определяется тем, что отношение к себе — один из компонентов самосознания (самосознание: самопонимание, самооценка, саморегуляция). Именно отношение к себе, будучи наиболее поздним и зависимым от всех остальных, завершает становление системы отношений

личности и обеспечивает ее целостность. В условиях, когда отношения личности приобретают особую устойчивость, они становятся типичными для личности и в этом смысле превращаются в черты характера, оставаясь отношениями.

Особое значение категории отношения («психологического отношения») для разработки проблемы личности в отечественной, в том числе в медицинской, психологии, отмечали Б. Г. Ананьев (1968), Б.Ф. Ломов (1984) и др.

Психология отношений, являясь специфической концепцией личности, имеет существенное значение при исследовании проблем нормального и патологического формирования личности, происхождения болезней и механизмов их развития, особенностей их клинических проявлений, лечения и предупреждения.

Патогенной основой различных форм неврозов, согласно представлениям В. Н. Мясищева, являются противоречия в тенденциях и возможностях личности, с одной стороны, в требованиях и возможностях, которые ей предъявляет действительность, — с другой. Невротические расстройства могут возникать в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают обобщенные, особо значимые, эмоционально насыщенные отношения личности, занимающие центральное место в системе ее отношений к действительности. Индивидуальные особенности таких отношений обуславливают ее невыносимость в той или иной ситуации. В. Н. Мясищевым и его сотрудниками (Яковлева Е. К., 1958; Зачепиский Р. А., 1959; Страумит А. Я., 1969; Карвасарский Б. Д., 1967; Тупицин Ю. Я., 1970; Котяева Т. В., 1973; Либих С. С., 1974; Карандашева Э. А., 1975; Малкова Л. Д., 1978; Мягер В. К., 1976, и др.) были уточнены типичные черты личности, предрасполагающие к различным формам неврозов: почвой для истерии служит столкновение стремлений эгоцентрической личности с требованиями действительности; неврастения развивается при непосильных требованиях личности к себе, не противоречащих общественным нормам; невроз навязчивых состояний возникает у личности, не способной разрешить свои внутренние противоречия, обычно в ситуации, требующей выбора в вопросах этики. В каждом конкретном случае патогенное противоречие имеет индивидуальное, конкретное содержание, выявление которого очень важно для психотерапии.

В соответствии с концепцией неврозов В. Н. Мясищева была разработана их патогенетическая психотерапия. Основной задачей системы П. п. М. является выяснение жизненных отношений, сыгравших патогенную роль, лишивших данную личность способности адекватно переработать сложившуюся ситуацию и вызвавших перенапряжение и дезорганизацию нервной деятельности.

Важнейшее значение для успеха П. п. М. имеют взаимоотношения врача и больного, но не в смысле фрейдовского *переноса*. Основную положительную роль играют авторитет врача, его социальная направленность, широта кругозора, знание жизни, такт, умение слушать пациента (Шерешевский А. М., 1977), сочувственно-благожелательное к нему отношение, не исключающее в необходимых случаях противодействия социально-неприемлемым тенденциям больного. Роль врача в психотерапевтическом процессе не пассивная. Психотерапия — эмоционально насыщенное воздействие психотерапевта, в котором участвуют, наряду с его словом, и выразительность его мимики, и манера обращения с больным, и влияние всего режима лечебного учреждения.

Хотя в общении с врачом находит известное отражение система жизненных отношений больного, но далеко не полное. Их выяснение происходит в процессе умело проводимых *психотерапевтических бесед*. П. п. М. предполагает уточнение особенностей жизненного опыта больного в различные возрастные периоды, отношения его к себе и окружающим, его тягостных и радостных переживаний, интересов, системы оценок, мотивации своего поведения, понимания жизни и мира в целом и своего места в нем, его мечтаний и ожиданий, симпатий и антипатий — всего того, что образует внутренний мир человека, — и сопоставление этих данных с реальными условиями его жизни в настоящем и прошлом. Внимание пациента привлекается не только к его субъективным тенденциям и тем внешним обстоятельствам, с которыми они пришли в противоречие. Основная задача заключается в том, чтобы в процессе психотерапии сам больной неврозом уловил взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию и проявлениями болезни — все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал. Уяснение их является переломным моментом в терапии, но достигается оно не сразу. При успешном продвижении в этом направлении больной становится менее напряженным, более

откровенным, постепенно начинает критически переосмысливать свои прежние жизненные позиции, иначе оценивать свою ситуацию. Решающим моментом служит завершающая процесс психотерапии перестройка нарушенных отношений больного. При этом речь идет не просто об изменении отношения к данному травмирующему обстоятельству, что само по себе не всегда возможно. Излечение наступает, если удастся изменить систему отношений больного в целом, если изменятся в широком плане его жизненные позиции и установки.

Психотерапевт осуществляет «дело перестройки личности и отношений больного», опираясь на такие капитальные ее свойства, как сознательность (способность человека давать отчет о событиях не только настоящего, но и прошедшего и будущего), социальность (способность подчинять собственные интересы общим), самостоятельность (способность управлять своим поведением согласно общественно-социальным требованиям). «Эти сугубо личностные черты, недостатки их развития, — пишет В. Н. Мясищев (1973), — в той или иной из многочисленных комбинаций являются причинами невроза в трудных, вызывающих перенапряжение социальных условиях». И далее: «Именно в этом смысле и применительно к такому пониманию неврозов и их лечения может быть с правом применено понятие психотерапии отношений, использовавшееся ранее преимущественно по отношению к детям и в плане психоаналитического их лечения».

В психотерапевтических беседах применяются различные подходы и приемы: ободрение, убеждение, переубеждение, отвлечение, разъяснение сущности невроза и его симптомов. В дополнение к беседам, в зависимости от симптоматики невроза и его течения, оказываются полезными и другие психотерапевтические методы: *внушение* наяву и в гипнотическом состоянии, наркогипнотерапия, *аутогенная тренировка* и др. Эти методы могут выдвигаться на первый план при легких невротических расстройствах или при острых, относительно изолированных невротических моносимптомах. Психотерапия может сочетаться с применением медикаментозных средств и физиотерапии, способствующих нормализации нервных процессов и создающих фон, облегчающий контакт врача с больным. Однако эти средства имеют вспомогательное значение. В систему психотерапии входит и возможное содействие врача в нормализации, где это требуется, производственной или семейно-бытовой ситуации.

П. п. М. создавалась в трудные для нашей страны 30-50-е гг. В работах самого В. Н. Мясищева и его учеников, посвященных патогенетическому пониманию неврозов и их психотерапии, не могло не отразиться общественное сознание того времени с подчеркнутой идеологизацией психотерапии. Отсюда чрезмерно частые в этих работах ссылки на марксистско-ленинскую методологию и учение о высшей нервной деятельности и критика *психоанализа*.

На последней странице рукописи, подготовленной В. Н. Мясищевым для 2-го издания монографии «Личность и неврозы», не вышедшего в свет по чисто техническим причинам, автор будущее социальное здоровье нашего общества рассматривал в качестве основного условия эффективной психотерапии неврозов и их профилактики: «Тогда свершится программа формирования совершенной личности в совершенном обществе». Он не знал, сколь длителен, труден, а порой и трагичен будет путь достижения этой цели нашим народом.

См. также *Групповая психотерапия, Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова*.

**ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Совокупность методов психотерапии, применяемых в условиях мест лишения свободы.

Указанные условия (пенитенциарная среда), во-первых, характеризуются чрезвычайной насыщенностью стрессогенными факторами (материальные лишения, ограничения в удовлетворении сексуальных и других потребностей, разрыв устоявшихся личностных связей, ограничение свободы, постоянные и сильные воздействия на индивида со стороны антисоциально настроенных лиц, часто занимающих ведущее положение в условиях лишения свободы). Во-вторых, для мест лишения свободы характерно большое количество людей с различными психическими аномалиями (олигофрения, психопатии, донозологические формы различных психических заболеваний), легко и массово возникают их декомпенсации. В-третьих, указанная среда создает крайне неблагоприятные условия для применения обычных методов психотерапии (отсутствие возможности формирования психотерапевтического отношения).



П. п. и возникла как реакция, с одной стороны, на острую потребность людей, лишенных свободы, в психотерапевтической помощи и, с другой — на крайнюю неэффективность использования в указанных условиях обычных психотерапевтических методов. Она включает методы, адаптированные к применению в пенитенциарной среде:

1. Установление потребности индивида в психотерапевтической помощи и изучение психологических особенностей личности либо путем адаптации к условиям мест лишения свободы важнейших существующих тестов, либо путем разработки специальных коррекционных шкал, обеспечивающих учет искажающего влияния пенитенциарной среды (Юстицкий В. В., 1982-1990).

2. Методы создания «психотерапевтических оазисов», т. е. групп либо индивидуальных отношений, в достаточной мере защищенных от деструктивно действующих влияний пенитенциарной среды.

3. Методы снятия психического напряжения у лиц, лишенных свободы, и прежде всего различные приемы *релаксации* (в частности, релаксопедия).

4. Тренинговые приемы, преимущественно в групповом варианте, направленные на повышение способности людей, находящихся в условиях лишения свободы, адекватно реагировать как на внутривидовые проблемные ситуации, так и на ситуации, с которыми они столкнутся по выходе из мест лишения свободы.

Эффективность П. п. в большой степени зависит от определенных условий в том или ином учреждении, где содержатся заключенные. Нередко осуществление данного вида психотерапевтической работы бывает возможным лишь в сочетании с мерами организационного, экономического, педагогического плана, направленными на общее оздоровление социально-психологического климата в конкретном учреждении.

**ПЕРВАЯ ВСТРЕЧА В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИ-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ.** В этом случае говорят также о «первом интервью» или «первой беседе», когда осуществляется глубинно-психологический сбор информации (анамнеза) и выясняются показания к психотерапии.

П. в. в п.-о. п. имеет диагностические, прогностические и психотерапевтические функции. Помимо установления диагноза выявляется мотивация пациента (и психотерапевта), показания или противопоказания к психотерапии, возможный прогноз и ход самого процесса психотерапии (длительность, метод).

В литературе П. в. в п.-о. п. называют «необычной ситуацией для разговора» (Argelander Н., 1970). Она предъявляет особые требования к психотерапевту, и ее можно обозначить как решающую и трудную встречу, так как от того, насколько успешно она прошла, зависит, будет ли продолжен курс психотерапии в дальнейшем.

В *индивидуальной психотерапии* первое интервью длится обычно 50 минут, однако может продолжаться от 1 до 3 часов или же растянуться на 2-3 встречи.

По своей сути техника П. в. в п.-о. п. в *психоанализе* неструктурирована, а пациенту предоставляется возможность взять инициативу на себя для самостоятельного развития своей проблематики. По сравнению с ней первая встреча в психоаналитической психотерапии более структурирована (самоструктурированное интервью). Это означает, что психотерапевт направленно спрашивает пациента об определенных фактах, что одновременно способствует установлению контакта между ними. Нечто среднее между этим способом и пассивным поведением психотерапевта называется «участвующим наблюдением» (Reimer Ch., 1996).

Как правило, при П. в. в п.-о. п. должны быть получены следующие сведения: актуальная симптоматика на настоящий период времени; развитие личности пациента и связанные с этим нарушения, другие существенные данные. По Дюрссену (Dührssen А., 1990), биографический анамнез в глубинно-психологическом аспекте должен преследовать следующие цели: через вопросы структурированного интервью получить основную информацию; получить общую дифференцированную картину актуальной биографической ситуации пациента и его невротических симптомов (конфликт в настоящее время и его предыстория); подобная форма составления анамнеза имеет преобладающе диагностическую функцию, а уже потом психодинамическую и формирующую гипотезу; т. е. психотерапевт относительно активен, поскольку он направляет беседу своими вопросами,

внимательно следит не только за ответами, но и за поведением, эмоциями пациента, и за тем, как происходит общение, за межличностными аспектами, проявляющимися во время встречи.

Вначале содержательно оценивается актуальная симптоматика: причина обращения к психотерапевту, жизненные обстоятельства, конфликты, симптомы и личные ресурсы. Предыдущая история жизни пациента (личностное развитие): семья и происхождение, отношения в семье и с родителями, стадии развития в детстве, подростковом периоде и по сей день. В завершение задаются вопросы, касающиеся предыдущих психических и соматических заболеваний у пациента и в его семье. Разработанное Пезешкианом (Peseschkian N., 1988) «Первое интервью в позитивной психотерапии» помогает выявить актуальные, базисные и внутренние конфликты пациента. Определяются отягощающие жизненные события последних 5 лет, а затем они сопоставляются в общем жизнеописании. Часто бывает необходимым основательное клинико-неврологическое исследование для исключения органических причин заболевания. В любом случае по окончании сбора анамнеза психотерапевт располагает большим количеством разных данных, которые он должен оценить и интерпретировать, чтобы прийти к предварительному диагнозу и прояснить показания и методы терапии.

Предварительный диагноз после первой беседы состоит из клинико-симптоматического (традиционная дескриптивная область) и динамически-структурированного диагноза (конфликтов, желаний, способов защиты и личностных структур). Оба диагноза обозначаются также как симптоматический или базисный диагноз.

Одна из особенностей первой *психотерапевтической беседы* заключается, прежде всего, в постоянно возникающем вопросе о показаниях к определенной форме психотерапии, поддается ли пациент психотерапии. Иными словами, все полученные данные должны иметь отношение к будущей терапии — будь то общие показания для психотерапии, к модифицированному подходу или прочей ее форме. Представляет интерес (в порядке важности в качестве показаний к терапии) мотивация пациента относительно психотерапии, его способность к рефлексии и интроспекции, его психическая гибкость, его психопатология и ожидания от терапии.

Для процесса установления показаний к терапии важны следующие аспекты: пациент, его нарушения, метод психотерапии, психотерапевт. Если эти, скорее общие, факторы применить к глубинной психотерапии, нужно также осмыслить следующее. Психотерапевт, уяснив показания к терапии, должен проанализировать то, как пациент чувствовал и вел себя и как складывались психотерапевтические отношения во время составления глубинно-психологического анамнеза. Так, могут возникнуть указания, нужно ли проводить с пациентом скорее рефлексивную форму беседы, и как это делать, а также настолько ли установился контакт между пациентом и психотерапевтом, что можно надеяться на возникновение благоприятных отношений между ними.

Помимо мотивации пациента психотерапевт должен также учесть, велика ли вероятность того, что пациент получит пользу от предложенного ему метода. Здесь следует иметь в виду способности пациента к рефлексии, *вербализации* конфликтов и эмоций, к самокритике, а также относительно метода, подходящего конкретно для этого пациента. Следующий фактор показаний к психотерапии — это личность самого психотерапевта, где часто возникает вопрос о внутренней реальности психотерапевта в смысле симпатии, антипатии, *эмпатии*, интуиции и его соответствия ожиданиям пациента. Многие авторы отмечают, что симпатия и то, насколько пациент и терапевт «подходят» друг другу, могут оказать весьма позитивное влияние на процесс терапии и его результаты (Кёхеле Х., 1996).

Подводя итог, перечислим следующие важнейшие критерии показаний для глубинной психотерапии (по Раймеру): 1) проблема пациента однозначно имеет психогенную природу, и может быть выявлен актуальный действенный невротический конфликт; 2) пациент обладает способностью вербализовать пережитый конфликтный материал и, исходя из этого, критически его перерабатывать; 3) можно установить связь между актуальным невротическим конфликтом и биографией пациента; 4) ожидается, что к пациенту не только не будут предъявлены ни эмоционально, ни интеллектуально слишком высокие требования с помощью предложенных психотерапевтом средств и методов, но и 5) с некоторой вероятностью пациент только получит пользу от применения именно этой формы терапии; 6) страдания пациента и его желание перемен стали настолько явными, что присутствует достаточная мотивация для терапии и 7) из первой встречи становится ясно, что пациент сможет работать с

фактором «отношений»; 8) психотерапевт со своей стороны достаточно мотивирован, чтобы начать курс данной терапии.

Могут быть представлены также противопоказания для глубинной психотерапии (по Раймеру): 1) вышеперечисленные показания отсутствуют, из чего следует, что 2) пациенту может принести больше пользы за меньший период времени другой метод психотерапии; 3) пациенту может принести пользу применение данного метода, однако временные границы недостаточны для того, чтобы действительно помочь ему (в подобном случае оптимальным может стать, к примеру, применение психоанализа); 4) пациент может выиграть от применения метода глубинной психотерапии, но иной подход был бы более успешным (например, *групповая психотерапия* или *семейная психотерапия*, глубинно-ориентированная); 5) пациент, в принципе, мог бы получить пользу от применения глубинного подхода, однако хронический характер его заболевания делает практически маловероятным успех терапии. В зависимости от метода и подхода пациент рассматривается в той или иной степени как партнер, нуждающийся в помощи, который должен принимать участие в планировании психотерапии.

В заключение первой встречи обговариваются формальные и содержательные ограничивающие условия. К формальным ограничениям относятся продолжительность терапии, частота встреч, их длительность, вопросы оплаты и подход. Содержательные ограничения включают в себя общую формулировку целей, а также степень концентрации над проработкой актуальных невротических конфликтов.

**ПЕРВИЧНАЯ ТЕРАПИЯ ЯНОВА** (primal therapy). Янов (Janov A.) — американский психолог, на протяжении ряда лет преподавал глубинную психотерапию в психиатрическом госпитале психоаналитической ориентации, являлся сотрудником психиатрического отделения детской клиники в Лос-Анджелесе. В конце 60-х гг. были сформулированы основные положения П. т. Я., которые получили дальнейшее развитие в деятельности Института первичной терапии в Лос-Анджелесе.

В основе П. т. Я. лежит положение о том, что травмы, пережитые в детстве и вытесненные в процессе взросления, а также ранние неудовлетворенные потребности ведут к неврозам и психозам. Янов называет эти травмы первичными. Пережитые в далеком прошлом, неотреагированные, они сохраняются у человека в виде напряжения или трансформируются в механизмы *психологической защиты*. Первичные травмы и неудовлетворенные потребности препятствуют естественному продвижению через все стадии развития, которые проходит каждый человек, не дают стать «настоящим». Пресекается нормальный доступ человека к его чувствам. Напряжение, связанное с первичными травмами, может приводить к физиологическим реакциям, таким как головная боль, язвенная болезнь и др.

П. т. Я. строится на том, что человек должен заново пережить первичную травму, возвратиться в ситуацию, вызвавшую ее, и освободиться от нее при помощи крика. Если это ему удастся, считается, что он стал «настоящим».

Цель П. т. Я. состоит в том, чтобы избавиться от всего «ненастоящего», что заставляет человека употреблять алкоголь или наркотики, курить или принимать опрометчивые, необоснованные решения только потому, что иначе он не может справиться с постоянно увеличивающимся внутренним напряжением. «Ненастоящее» вынуждает человека жить в прошлом, не меняться и не менять способ восприятия мира и в 40 лет сохранять образ жизни подростка. Его слова и действия обусловлены его неврозом, так как он не способен освободиться от чувств, возникших в каких-то ситуациях в прошлом. Обучение в П. т. Я. необходимо для того, чтобы идентифицировать чувства и ощущения, вызванные ранними травмами, выразить их и испытать терапевтические изменения.

П. т. Я. применяется для лечения пациентов разных возрастов, как подростков, так и взрослых. В задачу психотерапевта входит убедить пациента, что от него самого зависит, сумеет ли он соприкоснуться с теми чувствами, которые возникли вследствие первичных страданий. П. т. Я. предполагает следование жесткому набору инструкций и отказ от приобретенных в результате сдерживаемого напряжения привычек (от употребления алкоголя, наркотиков, курения). Первая фаза психотерапии продолжается примерно 3 недели, и в это время нельзя посещать школу или службу. Курс лечения очень интенсивный — с пациентом занимаются ежедневно, иногда до 3 часов в день. По окончании третьей недели больной включается в работу первичной *психотерапевтической группы*, которая встречается 2-3 раза в неделю на протяжении 8-12 месяцев.

Тщательно спланированный процесс П. т. Я. начинается с обсуждения проблем пациента с получившим специальную квалификацию психотерапевтом. Во время психотерапевтических занятий вскрываются ранние воспоминания, обиды и раны. Психотерапевт побуждает пациента к тому, чтобы заново «физически» пережить их, фиксируя появление напряжения, психологической защиты и пр. Основная задача психотерапии на этом этапе заключается в постепенном ослаблении психологической защиты. Когда пациент приступает к работе в психотерапевтической группе, обсуждение его проблем продолжается; теперь он вступает в самые разнообразные взаимоотношения с другими членами группы, что может способствовать переживанию большего количества первичных эмоций, чем в *индивидуальной психотерапии*. Пациенты вспоминают травмирующие события раннего детства, вплоть до рождения. Задача психотерапевта на этом этапе — направлять пациента в поиске именно тех событий, которые вызвали эти разрушающие его чувства, без выражения которых невозможно исцеление. *Конфронтация* с чувствами часто приводит к напряжению и конвульсивным движениям. *Групповая психотерапия* сочетается с обучением глубокому дыханию, для того чтобы пациент избавился от поверхностного, невротического дыхания и приблизился к переживанию первичного страдания. Психотерапевт работает также над изменением манеры речи больного, которая рассматривается как один из защитных механизмов. Пациента просят «принимать страдание» в то время, когда он говорит; это означает замедлять быструю речь или представлять себе, что твой голос принадлежит кому-то другому. Цель этих разнообразных приемов одна — дать человеку возможность соприкоснуться с первичными переживаниями и, полнее осознав свои чувства, обрести способность их выразить.

По мнению Янова, пациенты, прошедшие курс П. т. Я., сбрасывают бремя прежних страданий и начинают лучше справляться с жизненными ситуациями. Они не нуждаются в такой степени, как раньше, в признании и принятии другими людьми. Их действия приобретают смысл и становятся «настоящими», что способствует обретению душевного комфорта и социального статуса. Освобождение от напряжения, новое самоощущение позволяют пациенту, прошедшему курс П. т. Я., точнее оценивать свое эмоциональное и физическое состояние в любой ситуации.

Быть «настоящим», по мнению Янова, означает быть свободным от тревоги, депрессии, фобий, быть способным жить настоящим, без навязчивого стремления удовлетворять свои потребности.

П. т. Я. была одним из первых методов психотерапии, который радикально отошел от *психоанализа*, придавая большее значение сосредоточению на чувствах и переживанию целостности своего «Я».

**ПЕРЕНОС** (перенесение, трансфер). Перенос пациентом на психоаналитика чувств, испытываемых им к другим людям в раннем детстве, т. е. проекция ранних детских отношений и желаний на другое лицо. Первоначальные источники реакций П. — значимые люди ранних лет жизни ребенка. Обычно это родители, воспитатели, с которыми связаны любовь, комфорт и наказание, а также братья, сестры и соперники. Реакции П. могут обуславливаться более поздними отношениями с людьми, и даже современниками, но тогда анализ вскрыет, что эти позднейшие источники вторичны и сами произошли от значимых лиц раннего детства.

Реакции П. в позднейшей жизни более вероятны по отношению к людям, которые выполняют специальные функции, первоначально принадлежавшие родителям. Следовательно, возлюбленные, руководители, учителя, актеры, психотерапевты и знаменитости особенно активизируют П. Все человеческие отношения содержат смесь реальных реакций и реакций П. В повседневной жизни П. возникает самопроизвольно, в том числе в отношениях больного к врачу. Явление это главным образом бессознательное. П. может переживаться как эмоции, побуждения, фантазии, отношения, идеи или же защиты против них, которые всегда неуместны, неподходящи в настоящем, тогда как в прошлом были вполне адекватными реакциями.

Больной переносит на врача гамму нежных и часто смешанных с враждебностью чувств. В зависимости от их характера (нежно-дружеские или злобно-ревнивые) П. может быть позитивным или негативным. Появление этих тенденций не вызывается какими-либо реальными отношениями и связано с давними, сделавшимися бессознательными фантазиями-желаниями. Ту часть своей жизни, которую больной не может вспомнить, он снова переживает в своем отношении к врачу. Так, П. на врача интенсивных нежных чувств не может быть объяснен ни поведением врача, ни сложившимися во время

лечения взаимоотношениями. П. иногда проявляется в бурном требовании любви, иногда в более умеренных формах; вместо желания быть возлюбленной у молодой девушки может возникнуть желание стать любимой дочерью старого мужчины. У пациентов-мужчин дела обстоят несколько иначе. Та же привязанность к врачу, та же переоценка его качеств, та же поглощенность его интересами, та же ревность по отношению ко всем, близким ему, но чаще, чем у женщин, наблюдается враждебный, или негативный, П. Враждебность, так же как и нежность, означает чувственную привязанность, подобно тому как упрямство — ту же зависимость, что и послушание, хотя и с противоположным знаком.

Фрейд (Freud S.), описавший явление П. и сделавший его предметом научного изучения, исключает подчинение подобным, исходящим из П., требованиям пациента. П. преодолевается указанием больному на то, что его чувства не вызваны данной ситуацией и относятся не к личности врача, а повторяют то, что с ним уже было раньше. Таким образом, повторение необходимо превратить в воспоминание. Тогда П. (нежный или враждебный), казавшийся значительной помехой лечению, становится лучшим его орудием, открывающим самые сокровенные тайники душевной жизни. П. является носителем жизненно важной информации о прошлом пациента, о его репрессированной истории.

Фрейд использовал термин «невроз переноса», чтобы описать совокупность реакций П., когда анализ и психоаналитик становятся центром эмоциональной жизни пациента и невротический конфликт больного вновь оживает в психоаналитической ситуации. Такое исключительное, центральное значение П. имеет при истерии, неврозе страха и неврозе навязчивых состояний, объединяемых поэтому под названием «невроз переноса».

Психоаналитическая техника направлена на то, чтобы обеспечить максимальное развитие невроза переноса, который может быть разрешен путем *психоанализа*, а врач при этом играет роль катализатора. П. следует рассматривать как новый вариант старой болезни, новый невроз, заменивший первый. Здесь, однако, можно видеть возникновение и развитие этого нового невроза, хорошо разобрать в нем, так как врач находится в центре как объект. Все симптомы больного лишились своего первоначального значения и приспособились к новому смыслу, имеющему отношение к П. Преодоление этого нового, искусственного невроза и означает освобождение от болезни. Человек, ставший нормальным по отношению к врачу и избавившийся от действия вытесненных влечений, остается таким и в обычной жизни, когда врач отстраняется.

**ПЕРЛС** Фридрих (Perls F.S., 1893-1970). Создатель *гештальт-терапии*, относящейся к феноменологически-экзистенциальному направлению в психотерапии. При использовании феноменологического метода восприятия чувства и действия пациента не подвергаются *интерпретации* и объяснению, а переживаются им непосредственно.

П. родился в Берлине. В автобиографии «Внутри и вне помойного ведра» П. описывает себя как «паршивую овцу»: он постоянно воевал с родителями, не признавал авторитета взрослых, дважды оставался на второй год в одном из классов, после чего был исключен из школы. Тем не менее он все же закончил школу и получил медицинское образование, специализировавшись в психиатрии. Во время Первой мировой войны служил врачом в армии. В 1926 г. работал в Берлине, в Институте черепно-мозговой травмы, под руководством Гольдштейна (Goldstein K.) — одного из пионеров гештальт-психологии. Благодаря этому сотрудничеству П. проникся пониманием того, что человеческий организм нужно рассматривать как целое, а не как конгломерат отдельно функционирующих частей.

В 1932 г. П. переехал в Вену и прошел психоаналитическое обучение. В 1933 г., с приходом к власти Гитлера, он бежал в Голландию, а затем в Южную Африку, где основал Южно-Африканский институт *психоанализа*.

Несколькими годами позже П. открыто порвал с психоаналитическим движением и в 1946 г. эмигрировал в США. Его первая книга по гештальт-терапии «Эго, голод и агрессия» была написана в 1941-1942 гг. и опубликована в Южной Африке в 1946 г. с подзаголовком «Ревизия теории и метода Фрейда». В 1966 г. подзаголовок был изменен на «Начало гештальт-терапии». Соавтором этой книги была Лаура Познер Перлс (Posner Perls L.), написавшая несколько глав. Ее влияние на П. широко известно. Термин «гештальт-терапия» был впервые использован в названии книги, опубликованной в 1951 г. Вскоре после этого был организован Нью-Йоркский институт гештальт-терапии, центр которого находился в квартире П. Квартира использовалась в качестве мастерской, для проведения семинаров и

групповых занятий. В 50-е гг. группы по гештальт-терапии были организованы по всей стране. В начале 60-х гг. П. переехал в Калифорнию, где преподавал, вел группы и семинарские занятия в Эзленском институте. Его метод психотерапии приобретал все большую популярность. Умер П. в 1970 г.

**ПЕРСОНАЛЬНАЯ НАУКА МАХОНИ.** Направление *когнитивно-поведенческой психотерапии*, предложенное Махони (Mahoney M. J., 1977). Личностные проблемы рассматриваются как научные; навыки поведения приобретаются в процессе научного исследования, заключающегося в постановке проблемы, сборе данных и их *интерпретации*, сборе гипотетических предположений, эксперименте, анализе результатов и пересмотре или замене гипотезы. Когнитивный подход такого рода помогает пациентам, у которых слабо развит механизм разрешения проблем; используется для лиц с преобладанием дигитальной репрезентативной системы.

**ПЛАЦЕБО-ТЕРАПИЯ.** Один из вариантов психотерапии посредством *косвенного внушения*, или процесса *научения*. Развитие психофармакологии и внедрение в медицинскую практику все новых психотропных средств способствовало увеличению числа случаев, когда применение тех или иных препаратов сопровождалось положительным или отрицательным эффектом, не соответствующим ожидаемому действию (Лапин И. П., 1978). Поэтому при испытании новых медикаментозных препаратов стали широко использоваться лекарственные формы, получившие название «плацебо». При приеме «пустышки» (плацебо-препарат имитирует по цвету, вкусу, запаху исследуемый, но содержит вместо действующих компонентов индифферентные) одна треть как больных, так и здоровых испытуемых сообщают о результативности медикамента.

Плацебо-тесты позволили выявить людей с положительным и отрицательным плацебо-эффектами и лиц, при исследовании которых сколько-нибудь существенный плацебо-эффект отсутствовал (плацебо-нореакторы). Плацебо стали назначать и на длительное время для косвенной (вооруженной) психотерапии или так называемой П.-т. (медикаментозной психотерапии). Составляющей плацебо-эффектов являются процессы научения (условно-рефлекторные механизмы и моделирование). Если условно-рефлекторное научение объясняет длительность плацебо-реакций (например, при приеме плацебо-транквилизаторов плацебо-реакции могут сохраняться в течение 2-3 лет), то моделирование делает понятной их зависимость от личности врача и больного. Наиболее выраженные плацебо-реакции наблюдаются у внушаемых, конформных, боязливых пациентов, готовых к безусловному сотрудничеству со специалистом.

Личность психотерапевта, назначающего лекарство, всегда решающим образом отражается в плацебо-эффектах и тем самым на действии любого медикамента. Успех терапии с помощью плацебо у разных врачей различен, но у одного и того же — повторяем. Результаты лечения зависят от способности специалиста к терапевтической коммуникации и его убежденности в действенности препарата также и тогда, когда речь идет о плацебо.

На выраженность плацебо-эффекта влияет множество самых различных факторов: степень новизны препарата, его доступность, упаковка, реклама, характер информации, содержащейся в аннотации к препарату, предшествующая эффективность лекарства у данного больного, его установка на психотерапию, физиотерапию или лекарственные средства, отношение пациента к специалисту, назначающему препарат, и отношение врача к лекарству, установка врача на психотерапию или биологическую терапию, репутация лекарства среди других больных, отношение к препарату членов семьи и т. д. И. П. Лапиным описан семейный, в частности родительский, плацебо-эффект, под которым понимается высокая положительная (или отрицательная) оценка родственниками изменений состояния больного, получающего плацебо, причем ни сам пациент, ни член семьи, оценивающий эти изменения, не знают, какой препарат назначен. Таким образом, необходимо учитывать, кто из близких наиболее авторитетен для больного в вопросах его лечения, их отношение к лечению последнего. Положительный родительский плацебо-эффект улучшает «терапевтическую» среду в семье, повышает чувство оптимизма, благоприятно сказывается на состоянии больного. Оценить эффективность медикаментозного лечения можно лишь с учетом плацебо. Как отмечают Конечный и Боухал (Конеспу R., Bouchal M., 1983), слава лекарства проходит тем скорее, чем большее участие в его распространении имеет именно плацебо-эффект.

Плацебо-эффект может использоваться как с терапевтической, так и с диагностической целью. В клинике плацебо может применяться на первом этапе лечения такого распространенного расстройства,

как нарушение сна. Если бессонница возникла или фиксировалась по механизму тревожного ожидания, лишь одно применение плацебо приводило к улучшению. Плацебо оказывалось полезным также для дезинтоксикации пациентов, в течение длительного времени принимающих барбитураты, или с целью создания благоприятных условий для более высокой эффективности снотворных средств. Наиболее выраженным является действие П.-т. при хронических заболеваниях, когда больные особенно чувствительны к активности врачебных мероприятий. Плацебо-эффект в особенности характерен при заниженных дозировках препаратов и в случаях, когда в силу наличия соматического привыкания можно надеяться лишь на проявление суггестивного эффекта. Интенсивность плацебо-реакций находится в прямой зависимости от степени выраженности психоэмоциональных и психосоциальных факторов, связанных с заболеванием. При неврозах плацебо-эффект снижается по мере утяжеления психопатологии, например тревожного синдрома с последовательным присоединением к нему соматических проявлений, фобических, депрессивных и обсессивных расстройств.

Шапиро (Shapiro A., 1971) утверждает, что плацебо-эффект — это «фактор популярности и эффективности любого из многочисленных методов психотерапии». Ожидание больным пользы от лечения само по себе может иметь устойчивое и глубокое влияние на его физическое и психическое состояние. Эффективность психотерапии также в определенной мере зависит от способности врача сформировать у пациента надежду на улучшение, а это означает, что плацебо-эффект проявляется в каждом контакте «психотерапевт — больной». Плацебо-эффект может быть носителем неосознаваемых элементов взаимоотношений между врачом и пациентом, например проявлений агрессии, *сопротивления*, защиты. Таким образом, ни один медикамент или какое-либо психотерапевтическое воздействие не лишено плацебо-суггестивного эффекта. Этот эффект может быть систематически использован как П.-т., интегрированная в комплексное лечение.

**ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Одно из ведущих направлений современной психотерапии. Если на этапе становления П. п. определение ее было слишком узким и в П. п. включали только технические приемы, основанные на классическом и *оперантном обусловливании*, то в последнее время существует опасность утраты специфического значения термина из-за слишком широкого его понимания. Например, Кэнфер (Kanfer F. H., 1975) утверждал, что П. п. «должна включать не только то, что связано с открытиями в области кондиционирования и теорий *научения*, но и всю информацию, полученную в экспериментальной психологии». Более взвешенным представляется определение П. п. в Американской ассоциации П. п.: П. п. «включает прежде всего использование принципов, которые развиты в экспериментальной и социальной психологии. П. п. должна уменьшать человеческие страдания и ограничения в способности к действиям. П. п. включает переструктурирование окружения и социального взаимодействия и в меньшей мере видоизменение соматических процессов с помощью биологических вмешательств. Цель ее, главным образом, — формирование и укрепление способности к действиям, приобретение техник, позволяющих улучшить *самоконтроль*» (Franks C. M., Wilson G. T., 1979).

В то время как на первых этапах своего развития под термином «поведение» в П. п. понималось все, что имеет внешне наблюдаемые характеристики, то сейчас в это понятие включаются эмоционально-субъективные, мотивационно-аффективные, когнитивные и вербально-когнитивные проявления.

Таким образом, можно выделить более узкое понимание П. п., основанное на единстве теоретических положений и вытекающих из них методически определенных вмешательств, и расширенное толкование, при котором такая связь заметно утрачивается.

В качестве предшественников П. п. могут рассматриваться методы психотерапии, основанные на принципах научения, которые появились во втором десятилетии нашего века. Они вошли в литературу под названием методов условно-рефлекторной терапии.

Сам термин «П. п.» стал использоваться с 1953 г. 1950-1960 гг. — период становления П. п. как самостоятельного направления. Тогда существовало лишь несколько центров исследования и развития П. п.: в Южно-Африканской Республике — Вольпе (Wolpe J.), Лазарус (Lazarus A. A.), Рахман (Rachman S.); в Англии — Шапиро (Shapiro D.), Йетс (Yates A. J.), Айзенк (Eysenck H. J.); в США — Азрин (Azrin N. H.), Айллон (Ayllon T.). 1960-е гг. — это период бурного развития П. п. К 1971 г. Крэснер (Krasner L.) выделил в П. п. 15 различных направлений, которые в последующие годы слились в общее, получившее

название П. п.

*Классическое обусловливание*, связанное с именем И. П. Павлова, было первой теорией, которая легла в основу П. п. И. П. Павлов, так же как и Уотсон (Watson J. B.) — пропагандист теории условных рефлексов, создатель американского *бихевиоризма*; в своих учениях исключал значение промежуточных переменных и ограничивал исследования раздражителями внешнего мира и внешнего поведения. Теория инструментального, или оперантного, обусловливания Торндайка (Thorndike E. L.) и Скиннера (Skinner B. F.) осталась в рамках прежней парадигмы «стимул—реакция (поведение)», однако подчеркнула значение стимулов, имевших позитивный или негативный характер (закон эффекта), в возникновении и укреплении поведения. В этой теории стимул приобрел функциональные качества *подкрепления*, повышающего силу реакции. Модель Торндайка—Скиннера, как и модель И. П. Павлова, уподобляла поведение организма «черному ящику», о внутреннем содержании которого нет никакой информации.

П. п., по Фейдимену и Фрейгеру (Faidiman J., Frager R., 1994):

1) стремится помочь людям реагировать на жизненные ситуации так, как они хотели бы этого сами, т. е. содействовать увеличению потенциала их личного поведения, мыслей, чувств и уменьшению или исключению нежелательных способов реагирования;

2) не ставится задача изменить эмоциональную суть отношений и чувств личности;

3) позитивное терапевтическое отношение — необходимое, но недостаточное условие эффективной психотерапии;

4) жалобы пациента принимаются как значимый материал, на котором терапия фокусируется, а не как симптомы лежащей за ними проблемы;

5) пациент и психотерапевт договариваются о специфических целях терапии, понимаемых таким образом, что и пациент, и психотерапевт знают, когда и как эти цели могут быть достигнуты.

Следующий этап развития П. п. связан с попыткой учесть и промежуточные переменные, расположенные между стимулом и реакцией. При этом внутренние переменные рассматривались как скрытые реакции на внешние раздражители. Именно их скрытность и исключала понятную связь с внешними раздражителями. Внутренние переменные — это прежде всего когниции (мысли, представления), которые управляют другими процессами, например эмоциональными или мотивационными.

В плане такого понимания в конце 60-х - начале 70-х гг. были предложены новые методики, вошедшие в литературу под названиями «скрытое кондиционирование» / «*скрытое обусловливание*» (Cautela J. R., 1967), «скрытый контроль» (Hомme L., 1965), «саморегуляция» (Kanfer F. N., 1975).

Скрытое кондиционирование пытались распространить на когнитивный аспект теории классического и оперантного обусловливания без изменений, что обрекало эти попытки на неудачу. Это были попытки ввести внутренние переменные в практику П. п.

В 60-е гг. на развитие П. п. оказала влияние теория научения (прежде всего социального) через наблюдение (Bandura A., 1971). Автор этой теории показал, что одно лишь наблюдение за моделью позволяет формировать новые стереотипы поведения, ранее отсутствовавшие у животного или человека. В дальнейшем это привело к теоретическим обобщениям, получившим название концепции *самоэффективности*.

Последующий отход от первоначальной парадигмы П.п. (стимул—реакция), рассматривающий когниции как промежуточные переменные, как структурирующие и регуляционные компоненты эмоциональных, мотивационных и моторных процессов, отражают теории Эллиса (Ellis A., 1962) и Бека (Beck A. T., 1976). В *рационально-эмоциональной психотерапии* Эллиса главной промежуточной переменной, делающей понятной связь между стимулом и поведением, являются рациональные и иррациональные когниции. В *когнитивной психотерапии* Бека определяющей переменной являются реалистичные и нереалистичные (связанные с ошибками в когнитивных выводах) когниции. Оба автора признают связь когнитивных и поведенческих переменных при доминирующем значении первых. С их точки зрения, центром воздействия психотерапии должны быть промежуточные когнитивные переменные.

Попытка интеграции когнитивного и поведенческого подходов связана с именем Мейхенбаума (Meichenbaum D., 1977) и его коллег. Его работы можно рассматривать как дальнейшее развитие идей



А. Р. Лурия и Л. С. Выготского о внутренней речи. Разработанные им *методика самоинструктирования*, прививка против стресса представляют собой способы овладения внутренней речью в виде самовербализации.

Таково же направление работ Махони (Mahoney M. J., 1974), рассматривающего когнитивные переменные (экспектации) и их модификации как главный объект и цель *когнитивно-поведенческой психотерапии*.

В зависимости от метатеории, позволяющей выбрать соответствующие когнитивные переменные, когнитивно-поведенческое направление оказывается достаточно разнородным. Например, Дзурилла и Голдфрид (D'Zurilla T. J., Goldfried M. R., 1971) предложили методику *тренинга* решения проблем, в которой содержанием психотерапии является тренинг стратегии решения проблемы.

Таким образом, П. п. — это развивающееся направление в психотерапии. Начав с теорий научения, построенных по схеме «стимул—реакция», оно использует далее когнитивные и социальные теории научения, а в последние годы пытается опереться также на теории переработки информации, коммуникации и даже больших систем. Соответственно модифицируются старые и расширяется спектр новых методик П. п.

См. также *Бихевиоризм, Научение, Терапия моделирования по Бандуре и др.*

**ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ.** Основывается на идеях *поведенческой психотерапии*; целью его является обучение приспособительным умениям, необходимым при столкновении со сложными жизненными ситуациями. П. т. — это скорее запрограммированный курс обучения, чем серия обычных психотерапевтических занятий. Подбор пациентов в группы нередко осуществляется на основе сходных проблем и четких задач.

Человек на определенных жизненных этапах приобретает конкретные умения, необходимые для преодоления критических ситуаций и для продолжения развития. Одним из таких этапов является поздний подростковый и ранний взрослый этап, когда человек впервые сталкивается с необходимостью сделать ряд важных выборов. Наиболее сложными являются ситуации знакомства, особенно с лицами противоположного пола, отказа, выражения своих потребностей и чувств. Приобретение умений в области межличностных взаимоотношений, преодоление трудностей и управление тревогой предопределяют будущий успех или неудачу в установлении близости, приобретении независимости или компетентности.

Хотя П. т. может проводиться в индивидуальной или групповой форме, он имеет ряд общих особенностей:

1. Постановка целей. Пациент или член группы определяет, какие навыки поведения он хотел бы приобрести в результате работы. В индивидуальном П. т. (функциональная тренировка поведения) может быть составлена иерархия целей по сложности достижения. Пока не достигнута одна цель, переходить к другой с помощью психотерапевтических приемов не следует.

2. Измерение и оценка проблем. Чаще всего проблемы отражают либо избыток чего-либо (слишком много курит, испытывает сильную тревогу), либо недостаток (мало занимается, не слушается). Задача пациента — научиться на занятиях анализировать, что предшествует проблемному поведению, как и когда оно проявляется, каковы будут его последствия. Воздействие этой поведенческой цепочки на любом этапе может привести к положительным изменениям. Членов группы необходимо поощрять заниматься самонаблюдением и записывать данные о себе.

3. Психотерапевтические приемы. В зависимости от индивидуальной и групповых целей выделяются следующие методические приемы П. т.: использование ролевых игр; четкое тематическое построение занятий; объединение ролевых игр с *транзактным анализом*; интегративный подход с использованием техники *гештальт-терапии* и *психодрамы*.

Репетиция поведения — основная методика в П. т., состоящая из ролевого проигрывания сложных ситуаций, которые в свое время создавали или могут создать в будущем определенные трудности для пациента. В процедуре репетиции поведения используются элементы оперантного и наблюдательного *научения*. Слушая смоделированные уверенные ответы и испытывая их влияние, участники косвенно обучаются этому умению. В некоторых группах применяются аудио- и видеозаписи образцов уверенного поведения. Моделирование особенно полезно тогда, когда участник группы имеет ограниченное представление о том, каким может быть положительное, уверенное поведение в данной

ситуации. Другим компонентом репетиции поведения является *подкрепление*. Чаще всего это поощрение за любое улучшение, а не только за завершение сложного эпизода, демонстрирующего уверенность в себе.

4. Домашняя работа. Этот способ, поощряющий перенос поведенческих изменений во внешний мир, служит «экологической проверкой» приобретенных навыков. Кроме того, дома осваиваются различные методы *релаксации* и угашения тревоги.

Группы П. т. наиболее эффективны при обучении такому важному умению, как уверенность в себе. Разный жизненный опыт членов группы является благоприятной почвой для создания и отработки уверенных, неуверенных и агрессивных ответов и для обеспечения *обратной связи*.

**ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** П. п., как отмечается в отечественной литературе, обычно используется для продолжения психотерапевтической работы с больными неврозами, алкоголизмом, другими нервно-психическими и соматическими заболеваниями после завершения основного курса амбулаторного или стационарного лечения. Различные формы П. п. показаны пациентам, которым не удалось выполнить весь комплекс лечебно-реабилитационных задач в отведенное для этого время и у которых сохраняются некоторые проявления заболевания. Это могут быть как отдельные больные, так и группа амбулаторной П. п. при том же отделении или том же медицинском учреждении, в котором они находились на лечении. Задачей П. п. является продолжение начатой ранее психотерапии с целью стабилизации и поддержания удовлетворительного состояния и возможно более полной социально-трудовой реабилитации пациентов, а также предотвращения рецидива заболевания.

П. п. позволяет поддерживать тесный контакт между больным и врачом, который осуществляет все необходимые мероприятия по оказанию помощи пациенту в разрешении имеющихся у него трудностей, конфликтных ситуаций, по перестройке нарушенных отношений личности, проводя эту работу с учетом особенностей клиники, патогенеза, целей и задач, а также результатов предшествующих этапов лечения.

В зависимости от характера и клинической картины заболевания в ходе П. п. могут применяться различные психотерапевтические методы: *рациональная психотерапия* во всем многообразии ее форм и приемов, активизирующая психотерапия, *гипнотерапия*, *аутогенная тренировка*, разные варианты поведенческой и *групповой психотерапии* и др., а также общеоздоровительные мероприятия. П.п. с больными проводится 1 раз в неделю или реже в течение периода времени (от нескольких месяцев до 1 года и более), определяемого психотерапевтом с учетом клинических особенностей заболевания и риадаптационных показаний.

Одной из распространенных форм П. п. является амбулаторная индивидуальная П. п., которую проводит врач, осуществлявший психотерапевтическую работу на предшествующих этапах лечения. В отдельных случаях, чтобы избежать передачи больного другому психотерапевту (при необходимости П. п. по месту жительства пациента), она может быть продолжена путем контактов по телефону и по почте. Эта форма П. п. применяется как зарубежными, так и отечественными специалистами (Карвасарский Б. Д., 1990).

Другой разновидностью П. п. с вышеописанными задачами и методами является клуб бывших пациентов. П. п. широко используется в системе лечения и реабилитации больных с различными нервно-психическими (алкоголизм, шизофрения, органическое поражение головного мозга и др.) и психосоматическими (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма и др.) заболеваниями как в индивидуальной, так и в групповой форме.

В рамках *семейной психотерапии* П. п. приобретает особое значение. Даже если поставленные цели достигаются в процессе лечения, благополучие семьи при наличии у одного или нескольких ее членов нервно-психических и других расстройств обычно бывает неустойчивым, и поэтому необходимой, особенно в случаях возникновения кризисных ситуаций, оказывается поддерживающая семейная психотерапия (Эйдемиллер Э. Г., 1978).

См. также *Суппортивная психотерапия*.

**ПОДКРЕПЛЕНИЕ.** В контексте учения о высшей нервной деятельности П. называется сочетание безусловного раздражителя, вызывающего биологически значимую реакцию, с предваряющим ее индифферентным стимулом, что приводит к формированию классического условного

рефлекса. В качестве подкрепляющего рассматривают любой стимул, увеличивающий вероятность определенной реакции или формы поведения.

Если в трудной ситуации пациентка почувствует, например, головную боль и одновременно с этим заметит повышенное внимание к себе и заботу со стороны окружающих и/или близких, это выступит в качестве фактора, подкрепляющего симптом. И тогда всякий раз в сходных обстоятельствах у больной могут обостряться ощущения, связанные с этим симптомом. Пациентка, которая получает П. своих страхов (например, боязнь самостоятельно ходить по улице из-за представлений о возможности внезапного обморока) в форме постоянного сопровождения ее мужем и не получает соответствующей помощи от других членов семьи, научается распознавать условия, ведущие к получению П. и не ведущие к нему. Единственное различие в данном случае заключается во внешних условиях. Таким образом, в идеале пациентка должна усвоить разницу между своими ощущениями, между страхом и физическим дискомфортом, с одной стороны, и чувством комфорта — с другой. Когда она научится направлять свое поведение в зависимости от этих стимулов, оно будет поставлено под стимульный контроль.

Выделяют первичные подкрепляющие стимулы, или прямые физические вознаграждения, и вторичные способы П., т. е. нейтральные стимулы, которые ассоциируются с первичными подкрепляющими средствами и таким образом сами выступают в качестве поощрения. При неврозах это опека близкого человека и, как следствие, освобождение от многих обязанностей по дому или в быту, при появлении или обострении патологических расстройств — уменьшение по той же причине нагрузок в производственной сфере или полное отстранение от работы, — все это является для пациента факторами первичного П. болезни. А роль больного дает дополнительные привилегии — создаются условия, например, для хронической «эксплуатации» других людей или для манипуляций их поведением, что следует рассматривать как фактор, уже вторично подкрепляющий невротические расстройства.

Существуют различные схемы П. В ответ на многочисленные жалобы больного, например, с ипохондрическим симптомокомплексом, сотрудники лечебного учреждения (сестра или врач), не зная точно, имеют ли жалобы достаточно объективное основание, вполне могут следовать простому правилу: если пациенту только что предоставили все необходимое (провели диагностическое обследование или лечебную процедуру, дали соответствующее лекарство), не обращать внимания на его жалобы в течение ближайших 2 часов. Однако по истечении этого срока следует подойти к нему по первой же просьбе. С помощью такого правила будет установлена определенная схема П. В данном случае П. дается, когда пациент впервые вновь будет обеспокоен своим самочувствием по истечении 2 часов после получения предыдущего П. Это схема П. с фиксированным (2-часовым) интервалом. Хотя цель медперсонала — установить стимульный контроль, т. е. научить пациента предъявлять жалобы на ухудшение самочувствия только тогда, когда для этого действительно имеются серьезные предпосылки или основания. Вероятно, в подобных случаях больной быстро приспосабливается к схеме и начинает повторно жаловаться на недомогание через 2 часа после П., полученного на его предшествующее обращение за медицинской помощью.

Возможны и другие схемы. Так, врач может варьировать упомянутое правило, выжидая когда по 30 минут, а когда и по 2—3 часа. Если при этом средний промежуток составляет по-прежнему 2 часа, то это схема П. с переменным (2-часовым) интервалом. Если сестра просто считает обращения пациента за дополнительной медицинской помощью и удовлетворяет, например, каждое пятое, выделяют пятикратную схему П. с фиксированной кратностью. Если же число жалоб больного, после которых он все же добивается повышенного внимания к себе со стороны медперсонала, варьируется при прежней средней кратности, это схема П. с переменной кратностью.

До сих пор рассматривалось положительное П., при котором пациенты получают то, чего они хотят. Аналогичная система правил определяет их реакции на отрицательное П. — условия, связанные с неприятными или опасными для них событиями.

По ходу лечебного процесса психотерапевт должен эффективно использовать основные механизмы различных вариантов П. Избирательно подкрепляя определенные высказывания и формы поведения больного, врач может способствовать его самораскрытию и большей *аутентичности*. Передавая информацию по двум основным каналам (путем невербальной коммуникации и языковыми

средствами), психотерапевт активно и дифференцированно влияет на когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты системы отношений пациента с целью ее психологической коррекции и восстановления адаптивных возможностей индивида.

Современная видеотехника, в основных формах ее применения в психотерапии, также может служить надежным инструментом для повышения эффективности лечения через интенсивное и направленное использование механизмов П.

См. также *Жетонная система, Положительное и отрицательное подкрепление.*

### **ПОЗИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПО Н. ПЕЗЕШКИАНУ И Х. ПЕЗЕШКИАНУ.**

Авторское название психотерапевтической концепции, разрабатываемой с 1972 г. Н. Пезешкианом (Peseschkian N.) и его сыном Х. Пезешкианом (Peseschkian H.). Н. Пезешкиан обращает внимание на происхождение термина *positive psychotherapie* от лат. *positum* — «имеющее место, реально существующее», а не от *positivum* — «положительное», подчеркивая тем самым необходимость проработки и позитивных, и негативных аспектов проблемы и жизни пациента, диалектического расширения его мировоззрения. Это терминологическое уточнение позволяет использовать в качестве синонимов данного вида позитивной психотерапии название «психотерапия реальностью» или «психотерапия здравым смыслом».

Н. Пезешкиан родился в Иране в 1933 г.; с 1954 г. проживает и работает в Германии (Висбаден). Исповедует бахаизм, налагающий отпечаток и на его психотерапевтическое мировоззрение. Начиная с 1990 г. провел обучающие семинары и основал центры позитивной психотерапии в Казани, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге.

П. п. п. Н. П. и Х. П. основывается на 3 принципах — надежд, баланса (гармонизации) и консультирования, которые соответствуют 3 этапам работы с пациентом как в процессе отдельного занятия, так и на протяжении всего психотерапевтического курса (в среднем 10 занятий по 1-2 часа).

На этапе работы с учетом принципа надежды используются:

1) позитивная *интерпретация* проблемы пациента (например, нервная анорексия — проявление способности терпеть ограничения, сопереживать голодающим всего мира и т. п.);

2) транскультурный подход — расширение представлений пациента о проблеме посредством знакомства с иным (часто — прямо противоположным) реагированием и отношением к сути его проблемы в других культурах (например, различия в отношении к еде и голоданию в восточных и западных культурах);

3) притчи и анекдоты с психотерапевтическим радикалом (авторы выделяют 9 психотерапевтических функций притчи: посредничество между врачом и пациентом, модель разрешения проблемы, привлечение культуры пациента и т. д.).

На этапе работы с учетом принципа гармонизации используется распределение энергии по 4 основным сферам жизнедеятельности — телесной, ментальной, социально-коммуникативной и духовной. К телесной относятся еда, сон, секс, телесные контакты, забота о внешности, физические упражнения, переживания боли и телесного комфорта—дискомфорта; к ментальной — удовлетворение познавательной потребности и любознательности, профессиональные достижения; к социально-коммуникативной — общение человека; к духовной — мировоззренческие и религиозные переживания, фантазии о будущем, надличностные («гражданские») переживания и поступки. В идеальной, гармоничной модели на каждую сферу выделяется 25% жизненной энергии. Реальное же распределение энергии выявляется с помощью неформализованного теста; дисбаланс отмечается при совместном его обсуждении и распределении 10 значимых событий за последние 4 года жизни по 4 сферам жизнедеятельности. Дисбаланс в телесной сфере создает риск соматических и психосоматических заболеваний, в ментальной — агрессивных дистрессовых реакций и перфекционизма, в коммуникативной — чувства одиночества и депрессии, а в духовной — чувства тревоги и психотических нарушений. При выявлении дисбаланса (менее 10% или более 50%) в какой-либо сфере с пациентом сначала рассматривают возможности гармонизации, перераспределения остальных 3 сфер и только на последнем этапе целенаправленно обсуждают мероприятия для сбалансирования наиболее проблемной сферы, если необходимость в этом остается. Достигается это посредством директивных, конкретных и простых предписаний по изменению стиля жизни пациента, а также с помощью методики планирования будущего с учетом всех 4 сфер жизнедеятельности.

На этапе гармонизации выявляются и прорабатываются актуальный и базальный конфликты пациента. Актуальный конфликт складывается под воздействием внешних событий (например, смена места работы, смерть близких и т. д.), микротравм в значимых межличностных отношениях при недостаточной способности к преодолению этих проблем. Авторы выделяют первичные (любовь, надежда, доверие) и вторичные способности (вежливость, честность, послушание, бережливость, пунктуальность и т. п.). Типичным базальным конфликтом является конфликт между «честностью и вежливостью». Ярко выраженная вежливость способствует социально обусловленному поведению агрессии, парасимпатикотонии и тревоге; доминирование же честности приводит к симпатикотонии и агрессии. Эти «пусковые механизмы» вызывают функциональные расстройства, а при наличии «зон наименьшего сопротивления» (см. выше о дисбалансе 4 сфер жизни) — и соматические или психические нарушения. На концептуальном уровне речь идет о гармонизации «правополушарных» проявлений и объектов (любовь—интуиция—тело—поиск смысла) и «левополушарных» аспектов (знание—время—поиск значения).

Реализация принципа консультирования означает передачу пациенту функций психотерапевта (аутопсихотерапия). Такой подход соответствует принципам *психологического консультирования*. В практике уже с первого занятия используются структурированное интервью и опросники (дифференциальный аналитический и висбаденский), при заполнении которых пациент сам может прийти к осмыслению различных аспектов своих проблем. Широко практикуются «домашние задания», о выполнении которых пациент отчитывается на последующем занятии. Семейная терапия зачастую применяется в «заочной» форме: пациент получает инструкции для самостоятельных проведений занятий дома. Для преодоления межличностных конфликтов предлагается пятиступенчатая стратегия:

- 1) дистанцирование (наблюдение) — отказ от критики, от стереотипных оценок;
- 2) инвентаризация (описание) — оценка способностей партнера, как негативных, так и позитивных, характерных для самого пациента или желательных для него;
- 3) ситуативное ободрение — подкрепление хорошего и правильного, с точки зрения пациента, поведения партнера;
- 4) *вербализация* — выбор соответствующей ситуации и стратегии обсуждения проблемы с партнером;
- 5) расширение целей — выбор новых целей и сфер взаимодействия с партнером с учетом его позитивных качеств и без *переноса* негативного опыта.

Для вербализации проблемы рекомендуется ряд конструктивных правил:

- 1) предлагайте партнеру обсуждение в удобное для него время и в отсутствие посторонних;
- 2) начинайте беседу с упоминания о достоинствах партнера и положительных аспектах его поведения;
- 3) перейдя к проблеме, не повышайте голос, говорите от первого лица;
- 4) избегайте смещения обсуждения самой проблемы на личностные особенности партнера;
- 5) помните, что выявляющиеся различия во мнениях и взглядах — это показатель доверия и искренности;
- 6) старайтесь ограничить длительность обсуждения 1 часом;
- 7) напоминайте себе и партнеру, что конструктивное разрешение проблемы — выигрыш для вас обоих;
- 8) при интенсивных, но неудачных попытках прийти к откровенному диалогу с партнером обратитесь за помощью к психологу или психотерапевту как к посреднику.

Существенная роль в психотерапии принадлежит религиозно-мировоззренческому аспекту. Авторы отмечают, что ни в какой другой области не вытесняются так отчетливо религия и смысл, как в психологии, медицине и психотерапии. Между тем веру, религию и мировоззрение можно считать общей системой отношений (базовой концепцией), формирующей установки и способы поведения. Так, религиозно-мировоззренческие установки могут служить базовой информацией об отношении к сексуальности (сексуальные запреты и нормы, обычаи сексуального поведения), о воспитании (роль родителей, авторитарное воспитание, антиавторитарные тенденции, предпочтение сына или дочери), о профессии (ограничение профессиональных возможностей, мотивация, стоящая в основе профессиональной деятельности, например служение человечеству, стремление к самореализации,

работа как цель жизни, работа как общественное поручение, работа как нагрузка или уклонение от реальных задач), о партнерстве (равноправие между мужчиной и женщиной, мировоззренческая оценка партнерства как средства воспитания детей, как ячейки общества, как союза для получения удовольствий, как совместного прогресса), о социальных контактах (предписываемые социальные отношения, например между индийскими кастами или социальными группировками, слоями и классами; предписываемые религией ситуации общения, например совместные молитвы, общие праздники, хоровое пение, *медитация* или работа, требования социального аскетизма).

Авторы не противопоставляют свою психотерапевтическую систему другим концепциям, используют при необходимости психодинамические и поведенческие приемы, подчеркивая значимость собственной концепции в формировании контакта с пациентом и доступных его пониманию *психотерапевтических целей* (баланса). В отличие от других позитивно-ориентированных современных методов, П. п. п. Н. П. и Х. П. не фиксируется только на позитивных аспектах, а последовательно прорабатывает и позитивные, и негативные (от позитивных аспектов проблемы — к негативно окрашенным конфликтам и далее — к реалистичной проработке перспектив).

См. также *Краткосрочная позитивная психотерапия*.

**ПОЗИЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА.** Ролевые стратегии, принимаемые психотерапевтом во взаимоотношениях с пациентами.

Ведущие параметры: авторитарность— партнерство в выборе целей и задач психотерапии и директивность—недирективность в их технической реализации, являющаяся одновременно мерой разделения ответственности за результаты психотерапии и активности психотерапевта.

Предлагаемая схема, опирающаяся на оси авторитарности—партнерства и директивности—недирективности, позволяет разграничить метафорически описываемые «родительские и партнерские» позиции. Выбор позиции, с одной стороны, зависит от индивидуальных особенностей психотерапевта и установок пациента (высокая экстернальность коррелирует с предпочтением авторитарных и директивных психотерапевтов), а с другой — диктуется концептуальной позицией («школой») психотерапевта и техническими особенностями используемых методов психотерапии. Авторитарная позиция «отца» характерна для реализации поведенческих и суггестивных методов, а «матери» — для медитативных техник. Позиция «сестры» адекватна *клиент-центрированной психотерапии*, нейтральная позиция «зеркала» — психодинамическим методам и позиция «директивного брата» — позитивной психотерапии. Показателем профессионализма психотерапевта является его способность сознательно и пластично занимать различные позиции исходя из интересов пациента и требований используемых методов.

Авторитарная позиция «сверху» подразумевает отношение к пациенту как к «объекту» врачебных манипуляций, сопровождается пространственным дистанцированием (гипнотизер, возвышающийся над своими пациентами) и подкрепляется имиджем «всезнающего мудреца». Более современный партнерский подход базируется на видении пациента в качестве равноправного «субъекта», на пространственном расположении «лицом к лицу» или «плечом к плечу в круге», на демократичном образе психотерапевта («простого парня» или «затейника»).



В *групповой психотерапии* вслед за Шиндлером (Schindler R.) выделяют альфа-позицию эмоционального лидера, бета-позицию лидера-эксперта, гамма-позицию пассивного конформиста и дельта-позицию отвергаемого «козла отпущения», объекта групповой агрессии. Эти позиции могут занимать все члены группы, но *групповые психотерапевты* занимают их сознательно соответственно *фазе развития психотерапевтической группы*.

**ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ И ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ПОДКРЕПЛЕНИЕ.** С его помощью решаются

следующие задачи:

- 1) формирование нового стереотипа поведения;
- 2) усиление уже имеющегося желательного стереотипа поведения;
- 3) ослабление нежелательного стереотипа поведения;
- 4) поддержание желательного стереотипа поведения в естественных условиях.

Обычно на практике решаются по крайней мере две задачи (вторая и четвертая или третья и четвертая), чаще же работа с пациентом направлена на реализацию второй, третьей и четвертой задачи.

Задача формирования нового стереотипа поведения обычно возникает в работе с детьми, отличающимися выраженным девиантным поведением, или с больными, имеющими грубые постпроцессуальные изменения личности.

Использование этих методик предполагает обязательный анализ каждого клинического случая в реальной ситуации, наблюдение за поведением больного или проявлениями его симптоматики в данных условиях. Это позволяет выявить подкрепляющие стимулы, которые различаются по параметру «приятный—неприятный». Положительное подкрепление — это предъявление стимула, вызывающего у пациента позитивно окрашенную эмоциональную реакцию, усиление определенных поведенческих реакций. Отрицательное подкрепление — это изъятие, удаление стимула, вызывающего негативно окрашенную эмоциональную реакцию, и поэтому также приводящее к усилению определенных поведенческих реакций. Два указанных выше понятия позволяют охарактеризовать подкрепляющий стимул по поведенческим данным, а не по субъективной оценке наблюдателя. С учетом этого становится ясно, почему, например, переживание боли у мазохиста является положительным подкреплением. Нейтральные стимулы — это стимулы, которые не оказывают воздействия на поведение, хотя, с субъективной точки зрения наблюдателя, могут вызывать положительную эмоциональную реакцию. Безусловные подкрепляющие стимулы не зависят от предшествующего обучения. Это стимулы, вызывающие врожденные реакции (пища, вода), к ним же можно отнести и определенный уровень сенсорной стимуляции. Подкрепляющая сила их зависит от периода депривации и возрастает при удлинении последнего. В повседневной жизни преобладают подкрепляющие стимулы, приобретающие указанные выше характеристики под влиянием процесса обучения, т. е. условные подкрепляющие стимулы. Чаще всего это социальные стимулы (внимание, похвала, одобрение, признание, положительная оценка и т. д.). Анализ конкретных случаев, например истерического приступа, позволяет отметить усиление и учащение приступов в определенных ситуациях, когда проявляется забота о пациенте, оказывается ему внимание (можно сказать — нежелательное внимание) со стороны окружающих, близких, соседей по палате, медицинского персонала. Наблюдение за поведением позволяет оценить также значение других подкрепляющих стимулов (время, проведенное перед телевизором, за беседой и др.). На основании этих данных формулируется конкретная гипотеза о характере подкрепляющего стимула. Удаление гипотетического подкрепляющего стимула позволяет проверить истинность гипотезы. Однако необходимо помнить, что после удаления подкрепляющего стимула всегда есть период, в течение которого нежелательное поведение возрастает как по частоте, так и по силе проявления. В это время пациент «выжимает» из окружающих нужный ему подкрепляющий стимул, а окружающие обычно не выдерживают его натиска и идут ему навстречу. Поэтому при данной методике психотерапевт должен привлекать членов семьи больного, персонал, т. е. активно организовывать «новое» окружение больного.

В методике собственно положительной тренировки можно выделить 4 этапа.

Первый этап — определение цели тренировки. К ее обсуждению привлекается не только пациент, но и лица, которые принимают участие в лечении и от которых зависит получение или неполучение *подкрепления*. По возможности таких людей должно быть немного, для того чтобы лучше контролировать все окружение больного, например, желательно поместить пациента в изолированную палату или в палату с минимальным числом больных. На этом же этапе должен быть определен и способ постоянного наблюдения за поведением пациента с фиксацией внимания на изменениях в терапевтическом направлении вырабатываемого стереотипа поведения. Нужно стремиться к тому, чтобы эта информация была максимально объективной.

На втором этапе основная задача состоит в определении того, какие стимулы (объекты или действия) будут служить в качестве подкрепления. Анализ реального поведения больного позволяет

выявить значимость для него различных стимулов.

На третьем этапе вырабатывается желательный стереотип поведения, для чего создаются условия, облегчающие его формирование. Следует максимально использовать действие как положительного, так и отрицательного подкрепления. На первых порах применяется схема постоянного подкрепления, т. е. за каждое выполненное действие пациент получает подкрепление, характер которого постоянно меняется, чтобы не вызвать пресыщения. Иногда появление желательного поведения облегчается при демонстрации другими лицами соответствующего поведения (моделирование).

На четвертом этапе закрепляется выработанный стереотип поведения, чтобы он сохранился и тогда, когда больной окажется в реальной ситуации и когда будут иные условия подкрепления. Схема подкрепления меняется, используются схемы с переменным интервалом — наиболее устойчивые к угашению. Успех методики положительного подкрепления зависит от наличия точной информации о достигнутом прогрессе, что позволяет переходить к следующему этапу, к другой схеме подкрепления; от умения психотерапевта разнообразить подкрепление, используя все его формы, в том числе и социальное подкрепление.

Вариантом методики положительного подкрепления, приспособленной к условиям стационара, является *жетонная система* (token economy).

Методика контроля стимула основывается на положении о том, что связь между некоторыми стимулами и реакцией на них носит довольно жесткий характер. Появление такого стимула позволяет точно предсказать ответ. Поэтому, контролируя условия появления стимулов и предшествующих реакций, можно добиваться изменения поведения с меньшей затратой времени и сил, чем контролируя результаты самого поведения. События, предшествующие поведению, можно сгруппировать следующим образом: 1) дискриминантные стимулы, в прошлом связанные с определенным подкреплением; 2) облегчающие стимулы, вызывающие определенное поведение (например, новая прическа, новая одежда могут способствовать появлению желания общаться); 3) условия, увеличивающие силу подкрепления (обычно это период депривации какой-либо потребности, например период голода). Методика контроля стимула преследует следующие цели: 1) научить пациента идентифицировать дискриминантные и облегчающие стимулы в реальной ситуации, а также выявлять условия, увеличивающие подкрепление нежелательного поведения, и избегать их (например, установление связи различных ситуаций с едой — еда за просмотром телевизора, во время случайных встреч со знакомыми, разговора по телефону и т. д. — с последующим исключением этих стимулов, т. е. еда только в определенном месте и в определенное время); 2) научить пациента укреплять стимулы, связанные с правильным, желательным поведением (например, знание списка продуктов или блюд, имеющих низкую калорийность, и овладение умением пользоваться только этим списком; письменный учет калорийности позволяет быть еще более последовательным в достижении этой цели); 3) научить пациента умению манипулировать периодом депривации, не доводя его до уровня потери контроля.

Решить задачу уменьшения нежелательного стереотипа поведения можно с помощью нескольких методик:

- 1) *методики наказания*;
- 2) угашения;
- 3) насыщения;
- 4) лишения всех положительных подкреплений;
- 5) оценки ответа.

Угашение относится к поведенческим методикам и основано на принципе исчезновения реакции, положительно не подкрепляемой. Проходит оно те же этапы, что и при положительном или отрицательном подкреплении. Важным здесь представляется диагностический этап, когда устанавливаются аспекты окружения, подкрепляющие нежелательное поведение. Угашение предполагает лишение больного всех положительных подкреплений только данного нежелательного стереотипа поведения. Скорость угашения зависит от того, каким образом в реальной жизни раньше подкреплялся этот стереотип. Методика угашения требует значительного времени, потому что, прежде чем нежелательное поведение начинает угасать, оно проходит период первоначального возрастания по частоте и силе.



Методика насыщения основана на том, что поведение, даже положительно подкрепляемое, но продолжающееся в течение длительного времени, имеет тенденцию истощаться само, а положительное подкрепление теряет свою силу.

Лишение всех положительных подкреплений является одним из вариантов угашения. Наиболее эффективным способом считается изоляция, но в реальной жизни она практически сводится к социальной изоляции, например в случае удаления одного ребенка в другую комнату при сохранении окружения без изменения. Иногда такая изоляция вызывает положительное подкрепление или означает прекращение действия неприятного стимула, имевшегося в реальной ситуации (например, отсутствие столкновения ребенка с агрессивно проводящим свою линию родителем, т. е. фактически возникает ситуация негативного подкрепления).

Методику оценки ответа точнее можно было бы назвать методикой штрафов. Она используется только с положительным подкреплением, и суть ее сводится к уменьшению числа позитивных подкреплений за нежелательное поведение. Программа составляется таким образом, чтобы уменьшение определенных положительных подкреплений не могло быть легко заменено другими положительными подкреплениями. Система штрафов должна применяться как можно реже.

Данные приемы описаны отдельно лишь из методических соображений, в практической же работе ни один из них не применяется изолированно. Комбинации методик определяются целью проводимой программы, а искусство психотерапевта состоит в умелом использовании различных сочетаний применительно к каждому конкретному случаю.

**ПОНЯТИЕ ПРОГРЕССА В ПСИХОТЕРАПИИ** (лат. *progressus* — движение вперед). Направление развития психотерапии от менее совершенных к более совершенным теориям и методам.

В науке понятие прогресса определяется как развитие и совершенствование, для которого характерен переход от низших форм к высшим. Оно может быть применимо к какой-либо системе в целом, отдельным ее элементам, структуре развивающегося объекта и противоположно понятию регресса, который предполагает обратное движение от высшего к низшему, снижение уровня, утрату имевшихся функций либо возврат к более ранним и изжившим себя функциям и структурам.

П. п. в п. обусловлено междисциплинарным ее характером, а также особым местом, которое она занимает в общественном сознании. По отношению к обществу и общественному сознанию психотерапия является особой наукой, поскольку объектом ее изучения и практического приложения является личность — инструмент общественного взаимодействия человека. Неудивительно, что многие достижения психотерапии не только проникают в массовую культуру, становятся ее психологическими атрибутами, но и сами изменяются под влиянием общественного сознания, приобретают дополнительные значения и зачастую искажаются, взаимодействуют с доминирующими тенденциями общественного сознания, религией, искусством, влияют на уклад жизни, социальные нормы. При таком активном взаимодействии с общественным сознанием психотерапия, с одной стороны, обогащается, поскольку ее теоретические концепции проверяются интенсивной общественной практикой, а с другой — несет ощутимые потери, так как активное и непрофессиональное использование ее методов приводит к снижению их эффективности (что наблюдается иногда и в психологии, когда применение тестов приводит к снижению их валидности). Результатом активного взаимодействия психотерапии и общественного сознания является постоянно увеличивающееся число концепций и методических приемов психотерапии. П. п. в п. становится поэтому достаточно сложным и многогранным.

В соответствии с общим понятием прогресса развитие психотерапии как научной дисциплины и медицинской специальности выражается в первую очередь в создании более совершенных психотерапевтических теорий и методов. Критерием развития психотерапевтических подходов в конечном счете является их результативность. Проблема эффективности психотерапии сложна, отражает различия в методологии ее направлений и отношении к принципиальным для психотерапии вопросам о норме и патологии, понятии личности, концепции невроза — основного объекта психотерапии. В некоторых школах психотерапии вопросы эффективности практически не поднимаются или сводятся к интуитивному ощущению эффективности самим психотерапевтом. Наибольшие различия в понимании эффективности психотерапии видны при сравнении двух направлений — поведенческой и динамической психотерапии. Если в первой главным критерием ее эффективности является уменьшение симптоматики, то в динамическом направлении речь может идти

не столько о симптомах, сколько о личностных изменениях, о снижении внутреннего напряжения, связанного с интрапсихическими проблемами, и о нормализации нарушенного социального функционирования. Более взвешенный характер *оценка эффективности психотерапии* в современных интегративных психотерапевтических направлениях предполагает биопсихосоциальную концепцию болезни и ее лечения. Эффективность психотерапии предлагается определять с учетом трех плоскостей рассмотрения терапевтической динамики:

- 1) соматической,
- 2) психологической,
- 3) социальной.

П. п. в п. требует также учета усиливающегося интегративного движения в психотерапии. Интегративные методы предполагают активное отражение и использование в психотерапии достижений смежных наук, и в первую очередь психиатрии и других клинических дисциплин, психофизиологии, психологии, социальной психологии, педагогики и др. Более совершенными методами психотерапии следовало бы считать те, которые учитывают при лечении различные проявления заболевания, особенности личности, индивидуального и социального функционирования пациента.

Очевидно, к П. п. в п. относится процесс совершенствования и увеличения числа моделей психотерапии. В последнее время в связи с актуализацией в общественном сознании интереса к альтернативным подходам в медицине и психотерапии, в частности с распространением целительства, попыток научной верификации приемов эзотерической медицины, правомерно выделение еще одной модели — *альтернативной психотерапии*. При всей очевидности псевдонаучного ее характера альтернативная психотерапия сыграла определенную роль в популяризации психотерапии среди населения и привлечении внимания к роли психосоциальных факторов в медицине.

В П. п. в п. отражается также взаимосвязь достижений психотерапии и естественный отбор ее методов посредством социального заказа общества, обусловленного его менталитетом и основными тенденциями развития. Экскурс в историю психотерапии выявляет сложные, противоречивые, а подчас и регрессивные пути ее развития. В древнем обществе, на фоне магического сознания, роль психотерапии выполняли обряды, направленные на задабривание первобытных богов. Во времена античности, особенно на фоне резкого совершенствования общественного уклада государств Средиземноморья, параллельно с зарождением наук в медицине формируются гуманистические подходы к общению врача и пациента. Знаменитый врач того времени Гиппократ высказывает первые идеи о положительном влиянии слова на состояние пациента. В средневековой Европе вновь актуализируются тенденции магического сознания, и, как следствие, психотерапия перемещается в храмы, на долгие годы становясь частью христианских обрядов.

Современный этап психотерапии начинается с *психоанализа Фрейда* (Freud S.). Популярность психоанализа в Европе в начале XX в. можно объяснить, с одной стороны, слабостью научной базы психологии, а с другой — определенной готовностью общества к восприятию идеи о сложности, многообразии и противоречивости человеческой психики. Одной из причин притягательности психоанализа явились также пуританские идеи европейского общества, высокий авторитет врачей. На этом фоне медицинская наука, ищущая корни заболеваний в заблокированной сексуальности, становится не только полезной, но и популярной. Длительность аналитической психотерапии находится в определенной связи с общественно-политическим укладом. Основными «потребителями» *психоаналитической психотерапии* становятся представители среднего класса, достаточно образованные, готовые посещать психотерапевтические сеансы в течение долгого времени. При анализе истории жизни и лечения некоторых пациентов Фрейда и других ортодоксальных психоаналитиков складывается впечатление, что психоанализ во многом представлял собой образ жизни, стиль самопознания, интересное и духовно полезное времяпрепровождение.

Многочисленные оппоненты психоанализа, и в первую очередь бихевиористы, в 30-40-х гг. получили значительную поддержку со стороны социальной среды. Неслучайно развитие *поведенческой психотерапии* совпало по времени с изменением ритма жизни общества, всплеском общественной активности, ростом популярности точных наук. В новой психотерапии была заинтересована другая категория пациентов — деловые люди, бизнесмены, служащие. У тех, кто мог платить психотерапевту, было мало свободного времени. Медико-социальный заказ этого пациента — как можно быстрее

освободиться от симптомов и вновь окунуться в деловую и общественную жизнь. Симптомоцентрированная направленность поведенческой психотерапии вполне отвечала потребностям пациентов.

Следующий этап развития психотерапии «окрашен гуманистическими красками». Возникновению и развитию гуманистического направления в психотерапии также предшествовали изменения в общественном сознании. Рост благосостояния людей в развитых странах способствовал культурному росту населения и увеличению свободного времени. В индустриальном обществе, и в первую очередь в США, осознаются новые тенденции и возникают новые потребности — в смысле жизни, в преодолении одиночества, разобщенности, формальности обыденного общения. Для этого привлекается гуманистическая психотерапия и ее «*группы встреч*» с осознанно личностной ориентацией. Таким образом, возникновение новых проблем вновь сопровождается адекватным ответом со стороны психотерапии. На этом этапе динамические и поведенческие подходы несколько проигрывают в сравнении с методами, ориентированными на личностный рост.

Новый этап в развитии психотерапии лишь намечается, хотя очертания его становятся уже очевидными. В определенном смысле настоящий этап ведущих социальных тенденций можно охарактеризовать как партнерский. В бизнесе на смену частной собственности приходит обобществленная собственность акционеров. После психотерапии самой популярной из психологических наук становится социальная психология, теория и практика *психологического консультирования*. В психотерапии усиливаются интегративные тенденции, настоящий этап ее развития можно было бы определить как этап *интегративной психотерапии* с конвекционной формой ее проведения.

Указанные тенденции лишь схематично отражают процесс взаимодействия психотерапии и общественного сознания. Наблюдаются и отхождения от основных направлений развития, которые только подтверждают связь психотерапии с ментальностью общества. На территории бывшего СССР по идеологическим причинам не получило развития ни одно из современных основных направлений психотерапии. Государство позитивно оценивало (сознательно, а возможно и бессознательно) главным образом гипносуггестивные техники с их преимущественно директивной направленностью. Личностно-ориентированные системы психотерапии до настоящего времени находятся скорее на этапе становления.

П. п. в п. в современной психотерапии связано с внедрением в психотерапевтический процесс новейших технических средств, прежде всего видеотехники, значительно расширяющей границы использования различных методов и создающей необходимые предпосылки для развития интегративных подходов в психотерапии. Пациенты впервые получают возможность объективно наблюдать собственное поведение, анализировать скрытые причины своих переживаний и поступков. Психотерапевт с помощью видеотехники может активизировать познавательные процессы больных с учетом исходных целей психотерапии, путей их достижения и индивидуальных особенностей пациентов и, как следствие, более дифференцированно и направленно применять различные методы психотерапевтических воздействий. Современная видеотехника совместима с компьютерными системами и в сочетании с ними образует видеокомпьютерные комплексы (видеокомпьютеры). Видеокомпьютеры позволяют конструировать так называемую третью реальность, в которой наглядно представлены различные ситуации из будущего на основании имеющейся информации или восстанавливается давно утраченная информация по сохранившимся ее элементам. Третья реальность (создаваемая посредством компьютерных систем), или виртуальное пространство, — это наглядные картины ожидаемых (прогнозируемых) результатов лечения каждого больного уже в самом начале психотерапии и, следовательно, возможность своевременно произвести в ней необходимые коррективы и проверить ее результативность путем моделирования. Можно полагать, что в недалеком будущем от активного применения видеотехники психотерапевтами-профессионалами, от их умения использовать новые информационные технологии во многом будет зависеть дальнейшее развитие теории и практики психотерапии.

См. также *Аудиовизуальные средства в психотерапии, Социальная психотерапия.*

**ПОСТГИПНОТИЧЕСКАЯ СУГГЕСТИЯ.** Приказание о необходимости выполнить то или иное действие спустя заданное время после гипнотизации. П. с. может производиться лишь при

достижении сомнамбулической стадии *гипноза* (см. *Сомнамбулизм*). Бернгейм (Bernheim H.), Форель (Forel A.), Жанэ (Janet P.) и др. считали, что П. с. можно реализовать на протяжении длительного, до 1 года, времени. Наиболее легко выполнимыми видами П. с. являются постгипнотический сон, постгипнотическое моргание и постгипнотическая амнезия. Шерток (Chertok L., 1992) приводит несколько приемов, помогающих пациенту приобрести способность к постгипнотической амнезии. Можно осуществлять различные по содержанию П. с., но следует избегать *внушений* слишком сложного или нереального характера. П. с., проведенная на одном из сеансов *гипнотерапии* с гипнабельной личностью, может стать базой для так называемой заочной гипнотерапии, осуществляемой, например, с помощью магнитофона.

П. с. обычно присутствует в гипнотерапии, в частности при внушении более быстрого и глубокого сна на последующих сеансах, а также при лечебных внушениях об улучшении состояния после сеанса. В современной гипнологии (см. *Эриксоновский гипноз*) считается, что при реализации П. с. субъект спонтанно вновь оказывается в гипнотическом трансе.

**ПОТЯСАЮЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ АНАНЬЕВА.** Представляет собой универсальное пространство в широкой области современных традиций психологии здоровья, психотерапии, медицинской психологии и психологии вообще. Это пространство создает уникальные условия для слияния воедино имеющихся на сегодняшний день психологических подходов к развитию и обогащению личности.

П. п. А. пытается уйти от старой модели изучения мира человека и приходит к его изучению в единстве с миром, стремясь увидеть за конкретными проявлениями психической жизни реальность/сущность как таковую в ее целостности. Изучение контактов с «сущностью» человека выводит П. п. А. на уровень исследования универсальных закономерностей, ибо сущность человека исходно трансперсональна. П. п. А., опираясь на философские положения теории сложных самоорганизующихся систем — синергетику (*synergia* — (греч.) — содействие, соучастие) (Накен Н., 1980), современные и древние знания, представляет собой отражение нового мировидения в психотерапии и медицинской психологии. П. п. А., как и психология здоровья, делает акцент на феноменальную организацию человека как многообразно активного динамического целого, однако, принимая все существующие теории личности, выходит за границы любой из них в поисках универсальности. Человек в П. п. А. рассматривается как открытая, нелинейная, сложная, самоорганизующаяся система, которая представляет собой блуждающий по многовариантным путям жизненного поля процесс. Платоновская мысль об установлении порядка как установлении предела в беспредельном есть предтеча идеи об эффекте локализации процесса в нелинейной среде. Отсюда структура личности может представлять собой тот же процесс, только локализованный в определенных участках жизни, где и создается уникальная организация различных свойств. П. п. А. ставит запредельные задачи в совершенствовании личности и тем самым разделяет трансперсональный подход в психотерапии. Столкнуться с «сущностью» человека можно только в универсуме, сама «сущность» человека исходно трансперсональна.

П. п. А. опирается на кризисную теорию личности. Автор рассматривает жизнь человека как последовательность событий, одни из которых не являются существенными для развития, а другие становятся поворотными пунктами в судьбе. Именно эти последние и называются критическими жизненными событиями, или, в терминологии П. п. А., «условиями потрясения». Динамика роста личности может опираться на аналоговые изменения, связанные с постепенным, плавным, медленным или быстрым переходом с одного уровня на другой («принцип реостата» — изменения вдоль континуума). Второй вариант развития личности основывается на цифровой модели, так называемый дискретный путь: рост личности напоминает скачок кенгуру, и чаще всего этот скачок вызывается кризисными условиями. «Кризисы — это не временное состояние, а путь внутренней жизни». Эти слова Л. С. Выготского попадают в резонанс с сегодняшним синергетическим видением онто- и филогенетического процесса.

Выделяются нормативные и ненормативные критические жизненные события. К нормативным относятся события, происходящие обычно в определенном возрасте и имеющие определенное содержание, например возрастные кризисы. Примерами нормативных кризисов могут быть также семейные кризисы, как-то: добрачный период, вступление в брак, беременность, рождение ребенка,

уход взрослого ребенка из семьи, уход одного из супругов из семьи (развод или смерть одного из супругов). К такого рода кризисам относится и бессознательный стресс, вызванный выходом на «пограничную черту», например выход на пенсию. К ненормативным относятся особые события, нетипичные, индивидуальные, правильнее сказать, непредсказуемые. В П. п. А. эти события рассматриваются не столько с точки зрения предсказуемости (как в первом случае) или непредсказуемости (как во втором), а как последствия, которые наблюдались во время переживания и после него. Отсюда, не имеет значения само событие, его внешние характеристики, его эмоциональный накал, а лишь способ переработки, преодоления и влияние его на дальнейшую жизнь человека.

Положения, определяющие явление потрясения: это подвиг для человека в прямом значении этого слова. Совершить подвиг — значит подняться выше уже осмысленных собственных возможностей. Подвиг — особое состояние напряжения, нравственного, психологического, духовного; поворотные моменты биографии, жизни человека, его мировосприятия, когда формируется новый взгляд на действительность. Порой потрясение увязывается с экзистенциальным кризисом, при котором внезапно разрушаются объединенные смыслы, меняется старая частная и формируется новая универсальная система ценностей; развитие от малого к большому, от частного к общему, от хаоса к космосу, новому порядку; качественный скачок, переход от логического к абстрактному, иногда с левополушарного к правополушарному восприятию и описанию мира. Порой в «мелком» варианте потрясение связано с переключением с одной репрезентативной системы на другую, с одного языкового уровня на другой, с языка слов — знаков на язык образов, эмоций, символов и т. п.; пробуждение через дезидентификацию с ментальным содержанием вообще и мыслями в частности, это «перешагивание» через семантические поля. Данное состояние может предотвращать созревание логически структурированной мысли; особое состояние ума, когда нормальная логическая последовательная деятельность сознания оказывается остановленной, однако ум весьма активен и связан с предметом, на котором он был исходно сосредоточен; скачок от аристотелевской логики (вертикального мышления) к неаристотелевской (горизонтальному мышлению) и от нее — к объемному мышлению, за чем следует новый возврат к аристотелевской логике, но уже с другим, новым, знанием; исключительный случай для обыденного сознания, приводящий к озарению, но не сумасшествию. «Потрясение» обязательно связано с переоценкой сторон жизни, переосмыслением ее, «прозрением», видением нового пути, своего места в ней. По большому счету подобный выход из «душевного кризиса» равносильен «перерождению» личности, ибо изменение даже лишь одной стороны отношений с собой ведет к беспрецедентной перестройке отношений с другими и с миром вообще; экзистенциальная *психодрама*, которая может происходить в рамках сообщества (жизни) — *in vivo* или в рамках психотерапевтической лаборатории (театра) — *in vitro*.

Тем не менее понятие «потрясение» не следует путать с рядом давно описанных состояний, таких как «пик-переживание» (Маслоу (Maslow A. H.)); закрытие гештальта в терминах гештальт-психологии (Перлс (Perls F. S.)); «полный оргазм» в парадигме Райха (Reich W.); *катарсис*, кульминация, *инсайт* и т. п. Наибольшее соответствие можно обнаружить в описании Маслоу устойчивого состояния, которое было названо «плато-переживания». Оно представляет собой новый и более глубокий способ видения и переживания мира, включающий фундаментальную коррекцию отношений к миру, изменяющий старые и создающий новые оценки, усиливающий сознание мира. Подобные переживания могут быть связаны с эстетическим чувствованием природной красоты. Однако «потрясение» — это часто изменение только фрагмента сознания, которое ведет к лавинообразному изменению всего мировоззрения, это переход на новый уровень самоосуществления человека, новый уровень существования. Подобное понимание развития соответствует взглядам тех, кто рассматривает этот процесс как экзистенциальную связь между изменениями, которые влекут за собой новые изменения, следующие друг за другом (Шмидт (Schmidt H. D.)). Фламмер (Flammer A.) пишет, что развитием следует считать только такие изменения, которые влекут за собой новые изменения («лавина изменений»).

В случае П. п. А., одного из универсальных методов совершенствования индивидуума, ставится задача «постичь», «познать», «приобрести потрясающий опыт», т. е. воспринять суть и сохранить ее.

— Основные концептуальные положения П. п. А. — Данная психотерапевтическая модель исследования делает попытку изучать человека в единстве с миром, т.е. в конкретных психических

проявлениях человека обнаруживает его сущность как таковую в ее целостности. Если раньше человек стремился «лепить мир по своему образу и подобию», то в современном психотерапевтическом мировоззрении возникло *осознание*, что необходимо «лепить себя по образу и подобию мира», не перестраивать мироздание под себя, а осознать себя в качестве одной из взаимозависящих составляющих в грандиозном и гениальном миропорядке. Это не означает, что человек должен быть пассивным созерцателем в процессе приспособления, он — активен, однако его активность должна быть направлена на встраивание себя в существующий мир таким образом, чтобы не нарушать хрупкий баланс естественного хода вещей. Активную роль человека в этом процессе не следует ни принижать, ни превозносить, а также не следует подменять понятие «взаимодействие» понятием «воздействие».

1. «За счастьем человек бежит, а оно у него под ногами лежит». Опыт показывает, что сложным самоорганизующимся системам, а к таковым непременно относится человек, неэкологично навязывать пути развития. П. п. А. уважительно способствует тенденциям уникального развития индивидуума, создает условия для продвижения, задействуя и используя его собственные ресурсы. Психотерапевтический процесс трансформируется и приобретает форму самоуправляемого развития личности пациента. Он приходит с проблемой и приносит с собой знание о том, как ее решить. На самом деле он всегда знает все, что ему нужно знать, и имеет все, что ему нужно иметь. Его в данном случае необходимо лишь подтолкнуть к осознанию этого факта, помочь актуализировать это знание, сформулировать и оформить в решение. Человек в конечном счете является центром собственной вселенной, творцом собственных событий. Пациент сам делает выборы и несет ответственность за них. При полном доверии к себе он делает наилучший для себя выбор. Каждая проблема указывает на способ ее решения, в каждой проблеме заложены некоторые векторные характеристики ее преодоления. Создать доступ к внутренним «скрижалям» и есть основная задача П. п. А. Сам человек есть исключительная причина своего совершенствования. Платон считал, что знания — это процесс припоминания, или извлечения из глубин подсознания того, что там уже заложено. Таким образом, главная цель П. п. А., как и многих других психотерапевтических подходов, — саморазвитие. Индивидуум должен развить себя в то, чем он является на самом деле, т. е. стать адекватным своей внутренней сущности, стать равным самому себе.

2. «Путь здоровья — в гармонии смысла жизни и жизненных целей». В парадигме П. п. А. здоровье рассматривается в качестве условий, особого рода инструмента, средства для достижения высоких целей, которые связываются с поиском истины, смысла жизни, с самопознанием. Если человек ставит цели на пути к достижению смысла жизни, то и достигает их с меньшими усилиями, как бы органично самому процессу движения по жизни. Человек не жестко следует «предписанному» ему пути, а совершает блуждание по полю возможного и выходит в результате этих блужданий на один из этих путей. Случайности, малые флуктуации, стрессы могут сбить человека с истинного пути, отбросить на «обочину», привести к сложным блужданиям по полю путей развития. Выход на «обочину», возможно, тоже путь, но связанный с более сильным напряжением, которое организм может не выдержать, тогда за этот выбор надо будет платить здоровьем. Цель — это нечто принципиально достижимое в жизни. Смысл жизни — нечто постоянно настигаемое, но никогда принципиально не достижимое в жизни. П. п. А. стремится к совмещению тактических целей со стратегическими: предназначением человека, его миссией на этой Земле.

3. «Самый темный час бывает перед восходом солнца». Хаос на микроуровне может породить космос на макроуровне. Хаос, который воспринимается людьми как деструктивное начало мира, на самом деле может выступать и выступает в качестве созидającego начала, конструктивного механизма эволюции природы, и в частности онтогенетического развития человека. Через хаос осуществляется связь разных уровней организации и формируется часто качественно новая организация. П. п. А. через моделирование хаоса активизирует адаптационные механизмы человека, перед которыми стоит задача изменения функций и структуры личности человека. Можно сказать, что устойчивость психики пациента вырастает из неустойчивости, в результате неустойчивости. Стадии устойчивости и неустойчивости, оформления структур и их разрушения сменяют друг друга. Система становится неустойчивой всякий раз, когда человек делает выбор дальнейшего пути развития. Любая психологическая трудность на пути движения человека запускает механизм неустойчивости. У психически здорового человека хаос держится в определенной форме и определенных границах. У

психически нездоровых — нет устойчивости неустойчивого. Для сложной самоорганизующейся системы не может быть статичного гомеостаза, он может быть только динамичным (осциллирующим, колебательным), ибо за счет нарушения равновесия система существует и развивается. П. п. А. опирается на понятие гомеорезиса — как постоянства динамических процессов. Гомеорезис — это динамический компромисс между устойчивостью и неустойчивостью. Таким образом, неустойчивость может выступать условием стабильного и динамического развития. Только системы, далекие от равновесия, системы в состояниях неустойчивости, способны спонтанно организовывать себя и развиваться. Хаос конструктивен через свою разрушительность. Разрушая, он строит, а строя, приводит к разрушению. «Принцип устойчивого неравновесия», выдвинутый отечественным биологом Э. С. Бауэром, или «принцип подвижного равновесия» Бераланфи (Bertalanffy L., 1969) есть условие гармоничного развития человека.

Кризис — это не только пик страданий (болезни), но и начало избавления от них (выздоровления). Кризис необходим для личностного роста, если он воспринимается как определенное испытание, как ступень, оперевшись на которую можно увидеть новые горизонты, перспективы жизни. Под влиянием усиленных нагрузок постепенно формируются новые границы нормы социально-психологической адаптации. То есть «можно допустить, что функциональные возможности психической деятельности человека не расширялись бы без экстремальных воздействий и обязательного в этих случаях эмоционального напряжения. Стабильность может рассматриваться только в отношении всей системы человек—среда, но не может быть приписана какой-либо ее части (Ashby W., 1962). «Обладающий порядком рождается из бесформенного. Светлое-светлое рождается из темного-темного», — говорил Лао-Цзы. Из сказанного вытекает, что идеальная динамика в П. п. А. проходит три этапа: от исходной неустойчивости к стабильности и с новым умением к неустойчивости. Таким образом, П. п. А. помогает актуализировать саморегулирующие закономерности, которые призваны поддерживать вечно меняющееся постоянство человека.

4. «Налево пойдешь — коня потеряешь, направо пойдешь — смерть обретешь». Для сложных самоорганизующихся систем существует несколько альтернативных путей развития. П. п. А. создает условия для осуществления эмерджентных процессов, т. е. процессов, неожиданно изменяющих направление развития личности. Эти условия представляют собой точку бифуркации, момент ветвления, «развилку» в онтогенезе индивидуума. Эти изменения направления связываются с качественной динамикой в результате психологического вмешательства. П. п. А. выполняет функцию стрелочника, направляя на цель движение процессов. Без наличия конкретной цели можно получить «счастливого идиота», но не «просветленного» человека. Таким образом, формулирование и введение цели в доминантное состояние есть одно из условий техники безопасности в П. п. А. Точка бифуркации — это критическое состояние неустойчивости системы. В процессе жизненного пути человек формирует патологическую психосоматическую функциональную систему, которая индуцируется стрессором и таким образом накапливает критическую массу неустойчивости. Патологическая функциональная система выступает в виде аттрактора (*attractio* (лат.) — притяжение) магнита. Поэтому в точке бифуркации происходит движение процессов, развивающих болезнь. Изменение параметров среды (например, условий жизни) сверх критических значений, по сути дела, создает возможность уйти в иную среду, в иной мир, где могут создаваться новые структуры. Так формируются механизмы адаптации. Патологическая психосоматическая функциональная система (структурный аттрактор болезни) — это квазистабильная система. Формирование психосоматического процесса идет медленно, «нанизывая» на основной стержень новые и новые факторы, психологические или социальные. Вот так, постепенно, шаг за шагом стресс способствует накоплению критической массы для манифестации или обострения заболевания.

5. «Благословенны трудности, ибо ими растем». Качественный переход из одного психического статуса (состояния) в другой может осуществляться по аналоговому варианту: изменяться медленно или быстро вдоль континуума либо, как чаще происходит в П. п. А., по взаимоисключающему, т. е. цифровому, варианту, где изменения осуществляются дискретно, скачком. Последнее может происходить в результате естественных жизненных или смоделированных (искусственных) потрясений. В любом случае потрясение для конкретного человека — это своеобразный толчок. Переход из одного состояния в другое при дискретном варианте — это быстрое, лавинообразное протекание процессов

нелинейного и, что самое важное, самостимулирующего роста. Как известно, человек представляет собой диссипативную систему, связанную с потерей энергии, и в то же время — это самообновляющаяся и саморегулирующаяся система. Задача П. п. А. нередко сводится к поиску возможностей инициации таких самообновляющихся и саморегулирующих процессов.

6. « $1 + 1 = 1$ . Душа + тело = человек». Целое (человек) не равно сумме его частей. Оно не больше и не меньше суммы частей, оно качественно иное. Интеграция разбросанных структур, несвязанных подсистем в новое видение себя и мира, в новую организацию частей личности, в целое есть одна из основных задач П. п. А. Объединение различных конфронтирующих фрагментов сознания и бессознательного дает целостность, однако на другом уровне существования этих элементов. Еще Эренфельс (Ehrenfels V., 1890) сформулировал тезис о том, что целое (система) есть большее, чем сумма его частей (подсистем). С повышением сложности систем появляются новые качества, которых на уровне подсистем еще не было. Онтогенетическое развитие человека формирует системы, в частности психосоматические, по принципу гетерохронности. Одни личностные образования, отношения могут обгонять в своем развитии другие, т. е. часть элементов личности может представлять собой не совсем «зрелые» образования. Однако личность есть целостная организация с «развитыми» и «недоразвитыми» структурами. Может существовать один темп развития частей, составляющих личность, однако закономерности сосуществования структур разного «возраста» в одном темпомире — это сложное диалектическое взаимодействие адаптационных и компенсаторных механизмов. Фундаментальное достижение даосизма состоит в понимании, что качество создается и поддерживается существованием его противоположности. Проанализировать единство никак невозможно, находясь в самом единстве, необходимо перейти на другой уровень, где исчезает дихотомия субъект-объектных отношений.

7. «Шаг назад, два шага вперед». П. п. А., рассматривая «время как растяжение души» (Августин Блаженный), исходит из положения: нет прошлого, а есть память о прошлом, нет будущего, а есть ожидание будущего.

Настоящее состояние человека определяется не только прошлым, историей личности, но и формируется из будущего, в соответствии с грядущим порядком. Будущее наличествует в определенных элементах организации личности уже сегодня. Запоминает информацию не отдельная клетка, а группа клеток и, в конечном счете, весь организм как целое. Это положение также предопределяет принцип работы в русле П. п. А.: «на целостность человека — целостное воздействие». Целостность воздействия обеспечивается работой «сверху» (воздействие на психическую составляющую) и «снизу» (воздействие на тело, физическую составляющую). Принцип работы с линией времени в П. п. А. означает использование прошлого опыта для осуществления движения в будущее, через настоящее. П. п. А. выступает в качестве интегративной актуальной концепции, где синтезируется ретроспективный подход с проспективным.

8. «Минимум усилий, максимум достижений». П. п. А. использует знания о том, как надлежащим образом оперировать со сложными самоорганизующимися системами и как эффективно управлять происходящими в них процессами. Главное не сила (как это может быть представлено в классическом *гиннозе*), а правильная топологическая конфигурация, архитектура воздействия на сложную систему. Малые, но правильно организованные — резонансные — воздействия на сложные системы чрезвычайно эффективны. Известно, что для модификации системы необходимо изменить, как минимум, одно правило, влияющее на ее функционирование. Об этом свидетельствует опыт работы с субмодальными характеристиками, тонкими психическими элементами, которые организуют восприятие и описание карты мира. Работа с ними по определенным изменениям личности напоминает «булавочное воздействие», которое влечет за собой множественные изменения всей системы по принципу «домино». Таким образом, знание топологии критических точек, запускающих оздоровительные или элиминирующие патологические процессы, и умение индуцировать их позволяет эффективно способствовать позитивным изменениям в жизни личности. Используя системный подход в описании структуры личности, можно наглядно представить этот процесс изменений в виде мобили — системы взаимосвязанных «коромысел», где воздействие на одно из них приводит к видоизменению конфигурации всей конструкции. Подобные закономерности были отмечены тысячелетия назад и изящно сформулированы Лао-Цзы: «слабое побеждает сильное, мягкое побеждает твердое, тихое побеждает громкое».



9. «Блажен, кто, творя, ни к чему не привязан». П. п. А. опирается на разнообразные гибкие психотехнологии, направленные на инициацию процессов нелинейного самостимулирующего роста. Истоки этих технологий обнаруживаются в различных теоретических и практических школах, народных традициях целительства. Руководством к использованию как уже известных, так и вновь изобретенных приемов является принцип адекватности контексту и полезности системе, в данном случае человеку. Древний суфийский принцип утверждает: «Каждому времени — свое поведение. Каждому месту — свое поведение. Каждому состоянию — свое поведение». П. п. А. как элемент трансперсонального пространства в психотерапевтическом движении больше представляет собой искусство в том смысле, что для выражения себя следует своим собственным интуициям и вдохновениям, а не догмам и правилам, опираясь лишь на универсальные закономерности, общечеловеческие принципы. Это импровизация с обязательным условием: знанием нот. П. п. А. согласна с суфийским методом: «Перенимать то, что имеет ценность, когда и где оно имеет ценность и для кого оно имеет ценность; но не подражать из благоговения или страха и не копировать из подражательства» (Саид Имам Али Шах).

10. «По ком звонит колокол? Не спрашивай, он звонит по тебе». Из теории сложных самоорганизующихся систем вытекает, что в соответствующие моменты неустойчивости малые возмущения, флуктуации, могут разрастаться в макроструктуры. Из этого общего представления следует, в частности, что усилия, действия отдельного человека не бесплодны. В особых состояниях неустойчивости социальной среды действия каждого отдельного человека могут влиять на макросоциальные процессы. Отсюда вытекает необходимость осознания каждым человеком огромного груза тотальной ответственности за судьбу всей социальной системы, всего общества. Как выявил Маслоу, самоактуализированная личность имеет высокое чувство принадлежности ко всему человечеству, но сегодня следует добавить, что она несет ответственность за все человечество в целом как «глобальный человек», человек мира.

Структурный круг П. п. А. представляет собой замкнутый цикл, включающий в себя семь этапов (шагов).

0. «Гадание». Неопределенный настрой на получение позитивного результата. Этап формирования мотивационной доминанты, состояния глубокого ожидания наступающего выздоровления сродни состоянию «гидан» в дзэн-буддийской практике. Это сильное чувство, которое постоянно стучится в двери сознания (ума), требуя решения вопроса, это внутреннее давление актуальной потребности. И в суфийских, и дзэн-буддийских историях подчеркивается, что воспринимающий знание мастера должен находиться в состоянии готовности воспринимать. Во многих таких историях ученик приходит к наставнику, но получает отказ до тех пор, «пока сосуд не будет готов воспринять все богатство учения». Таким образом на этом еще нулевом этапе организуется «внутренний поиск ресурсов», который может помочь пациенту в процессе психотерапии.

1. «Свет в конце туннеля». «Ибо, где сокровище ваше, там будет и сердце ваше». Первый этап — целенавешивание. Формулировка цели и введение ее в доминантное состояние. Программирование сознанием бессознательного, указания «законодательного органа исполнительному». Создание установки как меры готовности действовать в заданном направлении. Преддетерминированность развертывания процессов в будущем. В гештальт-терминологии — «прорисовывание фигуры». Установление аттрактора в области случайного блуждания дает возможность ограничить аморфную цель, установить ее границы. В состоянии измененного сознания (транса) можно обнаружить этот аттрактор. Первично у пациента существует свой «магнит» — аттрактор — вторичная выгода, смысл его симптома. Но если перешагнуть некоторое пороговое изменение, превзойти критическое значение параметров, то режим движения системы качественно меняется: она попадает в область другого аттрактора — нашей цели. То есть изменение параметров среды (условий, образа жизни) сверх критических значений, по сути дела, создает возможность уйти в иную среду, в иной мир, где могут создаваться новые структуры. Формирование цели — есть «взращивание» доминанты, которая в дальнейшем переходит в автоматический режим притягивания всего, что имеет отношение к достижению этой цели. Это очаг активности в головном мозге, подчиняющий себе все остальное, в том числе и самые дальние нервные клетки, если они возбуждены. Хорошо проработанная во всех модальностях цель начинает действовать без волевых усилий человека, без затруднений, как бы сама по

себе. Так действует открытый А. А. Ухтомским закон доминанты.

2. «Взбалтывание» — первый этап потрясения. «*Sactificium intellectus*» (лат.) — жертвоприношение интеллекта. Цель этого этапа привести пациента к «ментальному обмороку». Здесь создается критическая масса для продвижения за счет рекомбинирования накопленного опыта, активизации бессознательного. Взбалтывание поднимает вытесненный материал в поле осознания. Как известно еще из *психоанализа*, «сознание размышляет, а бессознательное управляет», значит, менять следует что-то в управлении, тогда может измениться все поведение клиента. Только «открыв» бессознательное, можно столкнуться с реальностью душевных данностей. Общение с бессознательным может быть только на языке бессознательного: эмоциональном, символическом, ощущений. Из сказанного следует, чем более невозможна для пациента задача, тем больше энергии можно ждать от него в открытии своего внутреннего видения.

3. «Аллертный транс» — второй этап потрясения. «Сделав шаг, нельзя не сменить ногу». Данный этап связан с фильтрацией информации бессознательного. Условия измененного состояния сознания предназначены для творческой деятельности. Человек знания — это человек, умеющий включать процесс припоминания, или извлечения из глубин бессознательного того, что там уже заложено, поэтому этот этап можно еще охарактеризовать как «инкубационный транс». Аллертный (осознанный) транс (медитативное состояние сознания) характеризуется: повышенной живостью мышления; исчезновением границ нормального сознания и расширением его до «трансперсональных пределов»; улучшением восприятия (более четкой видимостью фигуры на фоне); ясностью самосознания; глубоким сознательным покоем, без содержания (мыслей, комментариев); контролируемостью и управляемостью состояния; наличием воли и способности самостоятельно вернуться в обычное состояние сознания. Таким образом, творчество в решении собственной проблемы нуждается в ситуации свободы в себе самом, т. е. во внутренней свободе, когда можно подключить в нейронную сеть новые миллиарды ресурсных мозговых клеток. Когда человек творит молитву (прорабатывает цель), он говорит, а Бог (его бессознательное) слушает. Аллертный транс (медитация самонаблюдения, состояние умственной тишины), наоборот, когда Бог (бессознательное) говорит, а человек слушает. Так поступает мудрец, который не отвергает мир, а устраняет знание о нем и тем самым настраивает «волну сознания на волну бессознательного». На данном этапе происходит фильтрация материала, необходимого для решения той или иной проблемы. Таким образом, дать доступ к внутреннему источнику силы есть основная цель указанного шага. В условиях аллертного транса человек выходит на саморегулирующие законы, которые призваны поддерживать вечно меняющееся постоянство, ибо аллертный транс есть особое состояние активного покоя.

4. «Консолидация личности». Прохождение этого этапа связывается с интеграцией частей в целое. В процессе утилизации состояния транса происходит «очищение» психики от прошлого гнетущего воспоминания, т. е. образуется определенный вакуум, когда одна из систем *психологической защиты* рушится, исчезает опора.

Интеграция означает примирение (смирение — жизнь с миром) фрагментов сознания, находящихся в конфликте, и слияние их в целостность, прекращение гипертрофированного разрастания одних элементов сознания (субличностей) в ущерб другим. Слияние частей в целое должно происходить уже на другом, более высоком уровне их существования. Интеграция может происходить на более «низком» уровне сознания тела, на уровне нейрогормональных структур, вегетативных реакций, когда на психическом уровне смешиваются реальности «здесь и теперь» с травмирующей ситуацией «там и тогда». В ходе психотерапии на этом этапе может произойти то, что *Морено* (Moreno J. L.) называл «катарсисом интеграции», вызванным чувством сопричастности с другими частями личности или с другими действующими лицами в переживаемом событии.

5. «Возвращение» — «Самоузнавание». Критическое осмысление, выбор и коррекция выбора. Под возвращением понимается принятие себя в трансформированном (возрожденном) виде. Возвращение означает вхождение в новую систему описания (во внутренней коммуникации), а также возвращение человека в социальные отношения в новом статусе (внешняя коммуникация). Этап «возвращения» связан с процедурой «абреакции», которая имеет конечной целью устранить путаницу в мыслях человека. Таким образом, эта процедура по своим задачам является обратной процедуре «взбалтывания». Это этап, на котором продолжается отбор стратегий, устраивающих сознание.

6. «Провокация» — экологическая проверка. Необходимый элемент работы на протяжении всего процесса П. п. А. Проверка полученного результата осуществляется после применения той или иной техники, далее на каждом этапе процедуры и, наконец, после окончания курса психотерапевтических сессий. На этом этапе происходит оценка достигнутого. Осуществляется проверка на соответствие и различие с первоначально поставленной целью.

7. «Постсказание». Характеризуется работой, направленной на «присоединение к будущему». Опирается на прогнозирование поведения с учетом введения в жизнь человека подкрепляющих результат элементов. Если человек пережил «потрясение» как мистический экстаз, мгновенное вознесение выше своей природы, или, точнее, мгновенное озарение и преображение последней, то в дальнейшем необходимо постоянно поддерживать достижение через духовное усилие синергии, ибо оно безвозвратно может быть утрачено. Это может быть организация комплекса психотерапевтических «ритуалов», позволяющих воспроизводить достигнутое во время курса сессий. После этапов, перераспределяющих энергию, следует закрепить матрицу ее экономичного использования. Необходимо введение психотерапевтических ритуалов, позволяющих вызывать особые состояния покоя или мобилизации, опыт которых пациент получил во время сессий.

«Доверие — вера — знание»: эволюция процесса П. п. А. Практическая реализация П. п. А. основана на трансформации понятий «доверие» в «веру», а «веры» — в «знание». Таким образом, установление доверительных отношений — это и есть введение человека в преддверие веры. Следующий шаг — посвящение в веру, что означает веру в возможности психотерапевта и его профессиональные способности. И далее человек посвящается в знание, т. е. приобретает собственный опыт изменений. После установления доверия в диаде пациент—психотерапевт и реализации принципа: «я тебе доверяю, я себя доверяю тебе» есть необходимость перевода этой же матрицы на самого пациента. Идеальная психотерапевтическая динамика представляет собой трансформацию доверия к кому-то в доверие к себе, веры в кого-то в веру в себя, знания о ком-то в знание о себе. Все верования — это наименее надежная форма знания. Вера представляет собой больше неуверенность. Действительно, верить в будущее — значит ожидать, что какие-то события обязательно осуществляются, произойдут. Верить в честность, порядочность человека — значит полагать, что человек останется таковым при любых обстоятельствах навсегда, однако это невозможно проверить, доказать или увидеть. Если же жизнь подстроит ситуацию, где проверка возможна и результат поведения будет соответствовать ожиданиям (вере), то появится опыт, т. е. знание.

Таким образом, знание — это прямой опыт. Вера — это представление об опыте. Вера — недоказанное знание. Знание — это опыт переживания, и уже затем следует понимание как способ описания этого опыта. Вера — суть того, на что мы надеемся, и свидетельство того, что невидимо.

Мир знаний и мир веры дополняют друг друга, в П. п. А. это последовательная зависимость. «Для конфликта между верой и знанием нет никакой почвы, — писал Юнг (Jung C. G.), — обе стороны необходимы, ибо по отдельности нам недостаточно ни только знания, ни одной лишь веры».

**ПРАВОСЛАВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Совокупность форм и подходов к врачеванию души, имеющих в основе мировосприятие, покоящееся на православной вере, духовном, аскетическом и литургическом опыте Единой, Соборной и Апостольской Церкви (конфессионально определяемой как Православная).

Выделяемая в самостоятельное направление, П. п. определяется с религиозно-конфессиональной тональностью, потому что в ее основании лежат опытно-теоретические знания православной антропологии, гомилетики, аскетическое и святоотеческое учение о духовной жизни, о страстях как источнике болезней, о подвижничестве как духовной брани, а также многовековой положительный опыт Церкви в деле душепопечения и понимание нравственного христианского долга в духе Святого Евангелия.

П. п. естественным образом занимает свое место среди многообразия психотерапевтических теоретико-методических подходов, поскольку они связаны прежде всего со своеобразием понимания природы человека и его назначения, а также вытекающих из этого характера человеческих отношений. Специфичность данного направления в том, что междисциплинарная проблема, в центре которой стоит человек — помощь ему в выживании и спасение его, — решается в совокупности 3 аспектов — не только медицинского и социального, но и сотериологического.

При полном приятии значения совокупности клинических, психологических, социальных и биологических факторов опытное знание о человеке подвижников христианского благочестия, отцов и учителей Церкви, запечатленное в их творениях в форме слов, гомилий, бесед или поучений, содержит категории и понятия, которые отличают его от аналогичных областей знания — как от современной научной психотерапии и психологии, так и от инославных религиозных систем, например: состав человека (дух, душа, тело), человек как образ и подобие Божие, благодать, трезвение, обожение, спасение. Религиозно-конфессиональный признак психотерапии указывает не на использование религиозного опыта вообще в его социально-психологическом понимании, а только конкретного опыта православной духовности. По словам исследователя православной антропологии и аскетики архимандрита Киприана (Керна) (1996), «православное учение о человеке исходит в главном из трех источников ведения: Священное Писание, непосредственные мистические прозрения и самостоятельные домыслы богословствующего разума».

Главнейшим в богословии можно уверенно считать эмпирическое знание о человеке, аскетические опыты, гомиетику, практическое душепопечение, а крайне важные догматические и канонические направления богословской мысли имеют первенствующее значение в вероисповедных вопросах, которые структурируют религиозность души человеческой.

С первых веков христианства постигался состав человека как образ и подобие Божие, психический механизм действующих в нем сил, формировалось учение о человеке, основанное больше на внутреннем самоуглублении, на изучении сокровенного мира души, чем на богословской диалектике и предпосылках античной философии.

Накоплен положительный опыт, легший в основу проповеди спасения и пути подвижников. Наука нового времени прошла мимо многоценных психологических и антропологических знаний, достигнутых последователями Христа Спасителя. Аскетические опыты, патристические труды в полной мере не наследовались и самой Церковью в новое и новейшее время (по исторической периодизации), а со стороны научных кругов они не только не изучались, но даже не критиковались и полностью игнорировались.

Различия понимания души между научным рациональным знанием и ведением религиозным, всегда опирающимся на Божественное откровение, здесь не требуют пояснений. Но примечательно другое: евангельское Благовестие принесло в мир несколько руководящих идей о человеке, при этом некоторые из них были восприняты из ветхозаветной традиции, а иные заново даны в христианском Откровении (Robinson H. W., 1920); проанализирован корпус библейских антропологических терминов, из которого видно, что уже терминология Посланий апостола Павла (Новый Завет) содержит неадекватность ветхозаветным выражениям (безусловно, еще большая несогласованность с современной психологической терминологией), его язык не укладывается в рамки иудейской антропологии, которой была чужда трихотомия человека (дух, душа, тело) и свойственно особое понимание человеческой личности, не в ее ипостасном, абсолютно персоналистическом значении, а через призму коллектива, национального целого, реализуемое в обществе и через общество, базирующееся на ней.

Вопрос о дихотомии или трихотомии человека апостолом Павлом не решался специально, но классический текст в I Послании к фессалоникийцам (V, 23) с бесспорно трехчастным пониманием человека стал одной из аксиом при решении проблемы человека и мира.

Внутри христианских конфессий и деноминаций проблема человека преломляется, в частности, через отношение к святоотеческому наследию и к аскетическому опыту. Так, например, такая категория аскетики, как обожение, не свойственна миру неправославному. Отношение к аскетике в католицизме (по монографии С. М. Зарина «Аскетизм по православно-христианскому учению», 1996), выражается в выполнении и осуществлении 3 «евангельских советов» (целомудрие, нищета и послушание), выполнение их евангельскими заповедями не требуется, и потому аскеза является выполнением не должного, а сверхдолжного. В протестантстве отрицается само существование «евангельских советов» в отличие от заповедей, а потому аскетизм в его понимании противен духу Евангелия. В православии совершенство считается общехристианским требованием, «путем узким». Богословские концепции, таким образом, входят в проблему человека во всей его полноте и не могут не отражаться на принципах помощи и терапии.

Признак конфессиональности (церковности — в богословском понимании) выражает определенную человеческую позицию и ситуацию при оказании и принятии психотерапевтической помощи, в отличие от любого методологического или характерологического определения. Важно отметить, что принцип доминанты, сформулированный А. А. Ухтомским (известным физиологом, прежде получившим образование в Духовной академии), рассматривался им самим в неразрывной связи с законом заслуженного собеседника: «Мы видим во встречном человеке преимущественно то, что по поводу встречи с ним поднимается в нас, но не то, что он есть. А то, как мы толкуем себе встречного человека (на свой аршин), предопределяет наше поведение в отношении его, а значит, и его поведение в отношении нас». П. п. в своих основах близка к личностно-ориентированной психотерапии — она ориентирована на видение человека, созданного по образу и подобию Божию.

В понимании личности христианство дало наиболее полное раскрытие заложенного в человеке неповторимого начала. Архимандрит Киприан (Керн) тонко заметил в связи с этим, что эллинистическая мысль не нашла даже выражения для личности, греческий язык Платона и Плотина для обозначения индивидуальности использовал производное от местоимения «каждый». В период богословских споров вокруг тринитарного и христологического догматов была определена основа для обозначения человеческого лица, осознано Божественное происхождение личности, ее духовность. Богословие выработало понятие ипостаси как самостоятельного «бытия в себе», т. е. понятие, определяемое в современном слове словом «личность». Личность прежде всего духовна, а не только «индивид» как «часть вида». П. п., условно говоря, ипостасно-ориентированная, понимание человека как личности неотделимо от богословской антропологии с нюансами понимания духа, души и тела. Для психотерапии практической крайне важно понимать не только многогранность личности, но и ее многоуровневость.

Ветхий и новый человек, внешний и внутренний, плотский, душевный, духовный — не образы, а понятия. Личность или человеческая ипостась объемлет все части этого естественного состава. Проблема дихотомии и трихотомии снимается при внимательном прочтении творений отцов Церкви, в частности святого Исаака Сирина (1911), объединившего идею двуприродности человека («человек составлен из двух частей, т. е. из души и тела») и представление о трехчастном строении человека («три суть мысленные способа, по которым ведение восходит и нисходит; и бывает изменение как в способах, какими водится ведение, так и в самом ведении; и чрез это оно вредит и помогает. Три же способа суть: тело, душа, дух»). Внешний, внутренний и совершенный человек — своего рода лестница (среди современных авторов этой темы коснулись А. Позов (1996) в Испании и Н. Носов (1995) в России). Епископ Варнава (Беляев), автор монографии «Основы искусства святости» (1995-1997), отмечал, что святые отцы, говоря о разумной, раздражительной и вожделевательной силах души, рассуждают в отношении не только плотского человека, но и человека, борющегося со страстями, и даже святого. По его определению, они изучают духовную жизнь в 3 срезах (духовном, душевном и плотском) по 3 сторонам (способностям), сразу с девяти точек зрения. В этом отличие святоотеческой психологии от мирской, П. п. опирается на ее богатый духовный и эмпирический опыт.

Исторически формирование этих основ прошло многовековой путь, условно подразделяемый на доникейскую антропологию, антропологию великих догматических споров, антропологию пустыни, антропологию мистиков, антропологию богословских синтезов, исихастскую (паламитскую) антропологию и антропологию современного богословствования.

Иное своеобразие П. п. состоит в том, что необходимо говорить о 2-х ее формах: сугубо церковной и научно-практической.

В первом случае это констатация факта психотерапевтического воздействия практики церковного душепопечения, таинств, обрядов и дисциплины, установленных с апостольских времен, развитых в святоотеческий период и незначительно корректируемых на протяжении всей церковной истории.

Во втором случае все виды помощи (консультирование, диагностика, профилактика, лечение) осуществляются профессиональными врачами и психологами в диапазоне психотерапевтических и общемедицинских мероприятий, при этом они не подменяют собой пастырское душепопечение и благодатные действия церковных таинств и обрядов, но их методико-теоретическая база аккумулирует глубинные знания как богословских, так и естественных наук. Это есть выражение тенденции наладить

взаимодействие с религиозным опытом в свете православной духовности, иными словами — постижение этого опыта самим психотерапевтом через личное воцерковление и гармонично следующее за этим деятельное благовествование, реализуемое через врачебное призвание.

Обе формы являются осуществлением Миссии Церкви в мире: духовным «окормлением» народа Божия в первом случае и ее социальным служением во втором, поскольку православный врач — чад Церкви и опыт человекознания отцов и учителей Церкви не может быть трансформирован в некую психотехнику, культивируемую вне церковного общения.

Отмечая реальность психотерапевтической помощи Церкви, важно понимать, что она организована на основе всечасного решения сотериологических задач, что ситуативная целительная (можно сказать, чудесная) помощь страждущим не может быть выделена из этого контекста. Говорить о методике спасения было бы кощунственно для церковного сознания и бессмысленно для научно-критической любознательности в силу трудностей понятийного перевода сущности церковной икономии, Божественного домостроительства, на язык современной науки.

При посильном описании научным языком с позиций психотерапии деятельной сакральной жизни Церкви особенно выделяются такие ее составляющие, как пастырское душепопечение (с таинством исповеди и покаяния, институтом духовничества, специальными молебнами) и богослужение во всей литургической полноте. Такое описание фиксирует прикладную сторону таинств, иерархических обязанностей и храма. Например, священник Д. М. Байбаков (до принятия сана получивший образование врача-психиатра) на церковно-медицинской конференции отмечал, что «если богослужение рассматривать только как храмовое действо в отрыве от мистической сущности, то оно является синтезом многих искусств — изобразительного, словесно-поэтического, музыкального. Психотерапевтический эффект каждого из них, ритмическая структура всей службы, участие в ней певчих и народа, эмоциональная насыщенность — все подчинено единой цели — разрядке отрицательных эффектов, *катарсису*... Русский философ и священник Павел Флоренский вообще рассматривал ритм, темп и интонацию как древнейшую и существенную часть богослужения... И если ритм, темп и интонация соблюдены, то чтение, пение, молитва производят свое очищающее действие на души людей, хотя бы содержание всего воспринималось на подсознательном уровне». Можно говорить об элементах *музыкотерапии*, *библиотерапии*, об аналогичности медицинской деонтологии соответствующему разделу пастырского богословия, об установках ожидания и соответственно о типологии грешников, но сопоставимость форм вторична перед реальной помощью страждущему.

Епископ Варнава (Беляев), согласно церковному сознанию, так определил порядок в призывании врача:

- 1) раскаяться в душе своей во всех прежних грехах, без всякого самооправдания и самовыгораживания;
- 2) дать торжественное обещание исправить свою жизнь к лучшему;
- 3) призвать священника и закрепить, освятить эти новые душевные расположения в таинствах покаяния, елеосвящения и святого причащения;
- 4) наконец уж, чтобы не понуждать Господа на явное чудо и не давать повода к возрастанию в себе скверного тщеславия и гордости («Бог мне сам поможет»), смириться под крепкую руку Всевышнего и призвать земного врача.

П. п., востребованная временем, предшествует этому порядку, она приуготовляет человека к его восприятию — ее задача привести страждущего к покаянию через *осознание* им психологических (страстных) механизмов болезни, через активизацию значимых эмоциональных переживаний, через пробуждение резервных возможностей для восстановления в нем образа Божия. Следуя за Афанасием Великим: «По образу — это мое разумное бытие, а по подобию — это моя возможность стать христианином», обращение к молитвенной помощи Церкви — залог восстановления подобия Божия. В современной практике психотерапии такой подход реализуется в методе *целебного зарока* доктора Г. И. Григорьева.

При 2-х формах П. п. важно отметить 2 возможные оценки ее значения: 1) с позиций официальной медицины и православного психотерапевта как врача его практика является основной в оказании помощи, а Церковь со службами, требами, таинствами и опытом душепопечения становится реабилитационным этапом после основного лечения, 2) с позиции Церкви и врача как православного

человека сама психотерапевтическая практика является катехизаторской, проповеднической, огласительной по своему содержанию, первой ступенью перед воцерковлением собеседника-пациента, становлением на путь спасения (второй ступенью восхождения будет собственно жизнь во Христе).

Епископ Феофан (Говоров) точно сформулировал психотерапевтическое значение слова: «Пути и способы, коими воздействует благодать на дух человека, зачастую немые: ко всем им должен быть приложен еще способ дополнительный и совершительный. Это — слово, или проповедь. Слово Божие в разных его видах действительно и сопровождает все способы, поясняя их и указывая последнюю цель: "Всем всюду проповедовать", да покаются (Деян. 17:30) Вера от слуха. И вот существенная нужда оглашения — сказание общего, спасительного порядка, необходимость общеизвестных лиц и места, куда должен обратиться за истолкованием возбужденный, чтобы не потерять напрасно возбуждения. Слово не только восполняет все показанные способы, но и заменяет их. Оно возбуждает полнее и внятнее. По сродству его с духом нашим оно проходит внутрь, до разделения души и духа, оживляет последний и осеменяет его к плодоношению дел духовных. Возбудительная сила его тем значительнее, что оно действует разом на всего человека, на весь его состав. Звук, или членосостав слова, поражает слух, мысль занимает душу, а невидимая сокровенная в нем энергия касается духа, который если вонмет, то после того, как слово благополучно пройдет и тело и душу — эти грубые заставы, — возбуждается и, приходя в напряжение, разрывает держащие его узы».

Принципиальным условием данного психотерапевтического направления является то, что оно реализуется посредством воздействия на пациента словом не просто врача-психотерапевта, а врача-психотерапевта православного; здесь личность психотерапевта играет значительную роль, а применяемые методы работы с пациентом должны отвечать конкретно решаемой задаче, при этом сами методы применяются в *интерпретации* православного врача, т. е. на основе данных православной антропологии, аскетики и в пределах догматической и канонической допустимости.

При безусловном исповедании православной веры можно выделить еще 2 основополагающие черты православного врача-психотерапевта:

1) чуждость антропоцентрическому гуманизму, в основе которого лежат самодостаточность человека и такое представление о мире, что он есть и должен быть только областью человека; эта чуждость обуславливается православной верой врача;

2) чуждость психологическому монофизитству со свойственным ему гнушением человеком и миром как созданием Божиим и приверженностью к лжеблагочестию и декларируемому неумеренному аскетизму, причем понятому неверно, не в духе святоотеческого понимания аскетизма;

3) эта чуждость обуславливается собственно врачебным призванием, этикой и назначением медицины.

Первое свойство отделяет П. п. как от директивной, так и от гуманистической психотерапии своей христоцентричностью, вводя в научно-медицинское применение истинность Евангелия и верность святоотеческого знания о человеке. Антропоцентризм в мироощущении (иначе человекобожие) является полнейшей противоположностью православного учения об обожении человека, он активизирует в человеке его греховную самость, оттесняющую и уничтожающую в нем образ Божий, подменяет своим падшим Эго Божественное «Я», и, несмотря на временное облегчение, оставляет человека в замкнутом порочном круге страстей.

Второе свойство объясняет возможные недоуменные вопросы между научной психотерапией и церковной практикой, вызываемые оценкой «мира и того, что в нем», неадекватной догматически исповедуемому Халкидонскому символу о восприятии человеческой природы Богом; следствием оценок такого порядка является ошибочное благочестие, возводимое на требования ложно понятого аскетизма.

Парадоксально, но врачи в силу профессиональных знаний, ставших важной составляющей в их мировоззрении, обладают иммунитетом против этих заблуждений и, по преодолению в себе безверия, маловерия и сомнений, врач волею Божией становится врачом православным. Особый статус врача обусловлен самой природой врачевания: медицина с древности относилась к практическому искусству и не входила в состав философии или богословия; в Евангелии и в святоотеческом предании образ врача и его искусство часто используются как положительная метафора. Святые врачи и целители христианского Востока не были священниками (святой великомученик Пантелеймон, святые

бессребреники Косма и Дамиан). Целительство определялось как благодатный дар. Уместно привести известную аналогию, согласно которой психотерапевт (православный и христианин вообще) соотносится со священником как Иоанн Предтеча с Христом. Врач и священник не подменяют друг друга, но они соработники Господа. Ответственность врача беспрецедентна: на нем лежит юридическая ответственность в государстве, вне зависимости от вероисповедной принадлежности, он не избавлен от Суда Божия и его деятельная позиция определяется высоконравственной внеконфессиональной врачебной этикой.

Отличительными свойствами П. п. являются: христианское милосердие, врачебное человеколюбие и христолюбие в сочетании с человеческим умением пользоваться медицинскими и психотерапевтическими знаниями.

Апология христианства не умаляет значения секуляризованной науки; в частности, достижения отечественной школы психотерапии, ее психогенетического направления обретают новое прочтение: опытное человекознание и Богопознание в аскетике расширяют возможности психотерапии для современного человека. Аскетизм в Православии является неотъемлемой частью духовной жизни, так же как и стяжание благодати Святого Духа. Психотерапия достигает результата, если способствует встрече деяний Божиих, направленных на спасение человека, и встречных деяний человека, жаждущего своего спасения.

Значение благодати в исцелении человека, в помощи ему в духовной брани неизмеримо: духовная диагностика и видение в страждущем действия или отсутствия благодати резонирует с духовным состоянием самого психотерапевта. Современный подвижник благочестия архимандрит Софроний (1994) учит через свой опыт: «Благодать, даруемая вначале ради привлечения и обучения, иногда бывает не меньшей, чем у совершенных; однако это вовсе не значит, что она усвоена получившим сие страшное благословение. Усвоение Божиих дарований требует длительного испытания и усиленного подвига. В полноте перерождение падшего человека в "нового" (Еф. 4, 22-24) совершается в три периода: первый, начальный, — призыв и вдохновение на предстоящий подвиг; второй — оставление «ощутимой» благодатью и переживание богооставленности, смысл которой в том, чтобы предоставить подвижнику возможность явить верность Богу в свободном разуме; третий, заключительный, — вторичное стяжание ощутимой благодати и хранение ее, связанное уже с умным познанием Бога».

«В духовной жизни именно важно озарение Божественною силою, благодатью Святого Духа не только ума, но и всех способностей человека, всего его сложного психофизического существа. Совершается процесс всецелого обновления человека. Всем своим бытием человек участвует в этом и всем существом погружается в лучи Божественного света... Тело, как и ум, и воля, и чувство, содействуют друг другу в процессе этого обожения... Аскетика восточных отцов проходит через своеобразный путь принуждения и покорения естественных сил человека. Внутреннее трезвение — путь воспитания не только ума, но и всех естественных способностей, путь воспитания и тела. И именно не убиение, не уничтожение тела, а его воспитание, использование для служения делу молитвы и трезвения», — кратко резюмирует архимандрит Киприан (Керн).

Аскетическая традиция, следовательно, зовет к воспитанию и преображению человека во всей его цельности духа, души и тела. Оно проходит в условиях аскетического подвига. Весь опыт аскетики усваивается как необходимое условие этого делания. Подвиг — прежде всего:

- 1) исправительное средство для души;
- 2) воспитательное и предупреждающее средство против будущих искушений и опасностей.

Страждущий на приеме у психотерапевта по состоянию подвижник; собственно о подвиге можно говорить как о терапевтике и гигиене души.

Страждущий пациент П. п. воспринимается и как подвижник, и как грешник — человек, плененный страстями. Для диагностики духовной, для интерпретации данных клинического и психологического анализа необходимо знать о страстях в свете христианского аскетизма. Страсти — категория отсутствующая в психологической, да и в философской науке. Суть заключается в том, что если не осуществляется реализация человека как образа и подобия Божия и даже благая жизнь в мире, то единственно конкретной причиной являются именно страсти, сообщающие ложные, превратные направления всей жизнедеятельности и лишаящие природной по сотворению способности. Без чистоты



от страстей душа не врачуется от греховных недугов. Страсти служат преградой добродетелям души. Страсть всегда указывает на негармоничное и несвободное состояние сил человека, от чего страдает и его объективное достоинство и субъективное благосостояние. Единичный интерес, чрезмерно расширившись в ущерб другим, подчиняет своему влиянию волю человека, вот почему страсть и является по преимуществу болезнью воли, хотя и другие силы и способности человека извращаются и получают ложное, превратное направление вследствие влияния страсти на всю психофизическую жизнь. Приходя в страстное состояние, душа оказывается вне своего естества, поскольку приводится в движение чем-то чуждым, внешним, а не своим собственным.

Все громадное многообразие страстей соответствует разнообразию и духов злобы, которые аскеты сводят в основном к восьми главным и разделяют на телесные и душевные. Первые имеют место в телесных потребностях, но рассматриваются как психофизиологические состояния. Основным в схеме главных страстей является генетическая связь, которая существует между ними. Имеется внутренняя диалектика греховных страстей: одна страсть порождает другую.

Страсть также можно определить как сильное и длительное желание, а желание, в свою очередь, как осознанную потребность, выяснившуюся и определившуюся благодаря прежним опытам ее удовлетворения. По определению Иоанна Дамаскина, страсть — это возбуждающее чувства движение желательной способности, вследствие представления блага или зла. Желание же можно охарактеризовать с трех сторон: неудовлетворенное стремление; представление о предмете, способном удовлетворить стремление; чувство удовольствия, знакомое из прежнего опыта удовлетворения возникшей склонности. Центр тяжести всех страстей лежит в психической области и представляет собой акт волевой по преимуществу. Можно определить страсть как сильное и длительное желание, которое властно управляет разумным существом, фактически проявляясь не иначе как при условии слабости духа, это худое делание разума.

Без подвига борьбы со страстями душа не приобретает для себя ничего боголюбезного или спасительного, не достигает искомого исцеления. Спасительные средства:

- 1) память смертная (помнить, что самое страшное — это смерть духовная),
- 2) спасительный плач о своих грехах,
- 3) смирение,
- 4) пост.

Покаяние и воздержание сопутствуют главному средству — трезвению ума. Трезвение деятельно и радикально, оно «непрестанный труд самопреобразования, аутотрансформации — к общению и в общении», оно «не мистика спиритуалистического экстаза, исступления и отрешения от тела, не спекулятивная и не визионерская мистика... не психотехника, нацеленная на продуцирование измененных форм сознания» (Хоружий С. С., 1995).

Очерк о П. п. необходимо дополнить уточнением самого явления аскетизма в Православии. Восприятие термина «аскетизм» связано с представлением о монахе-отшельнике, упражняющемся в делах, ведущих преимущественно к угнетению и умерщвлению плоти. Аскетизм считают порой явлением ненормальным и даже заслуживающим порицания или путем избранных. Такое представление на века оставило всю ценность аскетических знаний, наблюдений и опыта. На самом деле аскетизм имеет своей прямой и ближайшей целью приспособить естественные силы и способности человека к восприятию воздействия Божественной благодати, сделать их органом, послушным, удобным орудием для осуществления в человеческой личности вечной жизни; аскетизм является моментом христианского освящения, поскольку для осуществления последнего необходимы и всякое внутреннее усилие — заботы, попечения, молитвы, и всякое внешнее борение и преодоление препятствий. Среди аскетических правил есть общеизвестные — труд и воздержание, а многие аскетические положения, психологические по своей сути, легли в основу большинства психотерапевтических школ. Возникает вопрос о месте и качестве употребления этих советов, поскольку цель направлена на помощь человеку. Основным, общим и наиболее характерным принципом аскетики является ведение и разумение, лежащие в основе *рациональной психотерапии*. Самым значительным трудом по аскетизму можно назвать монографию С. М. Зарина «Аскетизм по православно-христианскому учению» (1996); новый опыт анализа аскетической традиции представил С. С. Хоружий в «Аналитическом словаре исихастской антропологии» (1995). Эволюция

антропологических знаний детально исследована в диссертации архимандрита Киприана (Керн) «Антропология св. Григория Паламы». При этом сами творения отцов, учителей и аскетов являются живоносным источником, некоторые представляют собой суммарное изложение накопленного опыта, как, например, Творения аввы Евагрия, Поучения аввы Дорофея, Духовные беседы преподобного Макария Египетского, Творения преподобного Максима Исповедника и многих других (Иоанна Кассиана Римлянина, святого Ефрема Сирина, святого Иоанна Дамаскина). Своеобразной антологией по всем аспектам проблемы человека можно назвать Добротолюбие.

Составной частью аскетики наряду с антропологией следует назвать и святоотеческую психологию. Должно отметить, что выделение суммы знаний о человеке в специальные разделы вызвано диалогом с современной наукой. Психологизм в богопознании, благочестивом пути к Богу даже не одобрялся. Литература по этому вопросу, который применительно к проблемам современного человека можно назвать психологией грешника, одновременно безмерна и ограничена. Ее можно назвать определенной частью аскетики, но она уже аскетики и должна бы, собственно, составлять пропедевтику ее. Аскетика тесно связана с психологией падшего человека, которая составляет ее теоретические предпосылки. Все содержание аскетики насквозь психологично. Среди работ на эту тему систематизированными можно назвать только труд епископа Феофана (Говорова) Затворника «Путь ко спасению (краткий очерк аскетики)» — его работу о том, что есть духовная жизнь, и труд епископа Варнавы (Беляева) «Основы искусства святости», в котором он начал сопоставление светской и святоотеческой психологии.

Изучение сопряженности святоотеческого и аскетического опыта с основами психотерапии актуально не только в связи со спекулятивным использованием евангельского лексикона в отечественной целительской и зарубежной психотерапевтической практике, с экзегезой в отрыве от Священного предания, содержащего эмпирические данные (фактор, важный для науки), но и с возможностью своевременно одухотворить психотерапию как медико-психологическую помощь, явив при этом и научную добросовестность. Первым отечественным пособием по психотерапии можно назвать «Путь ко спасению» святителя Феофана (Говорова) Затворника — руководство, написанное во второй половине XIX в. В предисловии к одному из переизданий обоснованно говорится, что в нем найдут хорошие советы подросток и мать семейства, ученый профессор и простолюдин, здоровый человек и калека. Христианская жизнь систематично представлена как метод преодоления личностных проблем, разрешения психотравмирующих ситуаций и коррекции неадекватных реакций, в книге детально описан весь психотерапевтический процесс от анализа возникновения мотивации к исправлению (предпосылки покаяния) до содействия в изменении жизненных установок (реконструкции отношений, нарушенных внутриличностным конфликтом). Краткий очерк аскетики изложен без свойственной нравственному богословию нормативности моральных предписаний на основе десяти заповедей Моисея, а как опыт исполнения евангельских заповедей во всей полноте. Обобщенный святителем Феофаном (Говоровым) Затворником, опыт подвижников предвосхитил востребованность психотерапии в научном понимании термина задолго до выделения ее в самостоятельное направление, отдельное от клинической психиатрии.

На современном этапе интеграционные процессы Церкви и медицины происходят в вопросах психиатрии и наркологии, оставив проблему терапии души без должного внимания, хотя признается, что успехи «тесно связаны с повышением уровня духовности в обществе, с развитием высоких морально-нравственных качеств каждого человека, с перестройкой межчеловеческих отношений в духе гуманности и милосердия». На официальном уровне нет сопоставления наличных знаний о природе заболеваний и недугов, теоретических и эмпирических основ понимания страждущего человека. Предполагаемая высокообразованность деятелей Церкви позволила внешне согласиться на понимание языка мирской науки, веротерпимость светских специалистов допустила право на специфичный терминологический аппарат в богословии, а в результате стала процветать практика псевдоцелителей и колдунов, построенная на синкретической ложной мистике и магии, которые вредны медицине и религии в плане уровня социального статуса, а человеку опасны для сохранения физического и психического здоровья, не говоря о спасении души. П. п. как помощь ближнему призвана преодолеть методологическую недоговоренность, вооружившись духовно-врачебной мудростью нематериалистического постижения человека в его цельности и положительными знаниями

естественных наук.

Насущная проблема П. п. состоит в формулировании терминологии своей теоретико-методологической основы, она не решена в полной мере. Трудность не только в соотношении научных и святоотеческих понятий и категорий, но и в соотношении особенностей мышления восточно-христианского и западноевропейского. Методологическая, а следовательно, и понятийная разделенность проистекает настолько же из мировоззренческих категорий, как и из интеллектуальной культуры, которая задает мыслительные категориальные конструкции для способа понимания объекта исследования. Применительно к психологии и психотерапии эта проблема имеет особенно острый характер, так как сталкивается с реальной психологией реально живущих людей, с их ментальностью, языковой культурой, образом жизни, освященным в равной степени традицией и повседневностью.

Например, на языке наших отцов самого слова «мистика» нет, это понятие западного происхождения, которому лучше всего соответствует «стяжание Святого Духа». Поэтому то духовное делание, которое на Западе называют мистикой, а у нас не имеет такого определенного и узаконенного наименования, представляется в учении наших отцов прежде всего как благодатное состояние. Но через школьное богословие и русскую религиозную философию расширился синонимичный ряд и для понятий духовного порядка (как пример понятия мистика и мистическое, при употреблении которых пишут одно, а имеют в виду иное). В речи психотерапевта может преобладать разговорный язык, отражающий особенности мышления (так, всем понятно, что душа это не то, что психика), но некоторые понятийные конструкты даже в разговорном языке имеют смысловые оттенки западного мышления. Язык беседы и язык научных интерпретаций в центре внимания П. п. При этом надо помнить предостережение архимандрита Киприана (Керна), что нельзя стилизовать отцов под наши понятия, нельзя, ища привычные методологические приемы, навязывать им наши выводы и ограничивать их нашими предпосылками. До конца познать глубину можно, только приобщившись к их духовному опыту.

В свою очередь, нельзя свести духовный опыт даже к таким важным понятиям, как вера и религиозность, которые успешно интегрированы в некоторые зарубежные психотерапевтические направления, и методы и место им в них определено по достоинству высокое. Отрыв от церковной традиции связан с объективными обстоятельствами исторического порядка, отказ от наследования ее — проявление духовной гордыни. Самодостаточный научный поиск при видимой методологической последовательности вдруг открывает то Христа без Церкви, то Церковь без Христа. Видимая твердая опора на Евангелие с исключением значения Священного предания, т. е. опыта, ведет к проповеди частного мнения (отсюда многочисленность доминаций в неортодоксальном христианстве и харизматические движения, перестраивающие жизнь вовлеченных в них по самочинию основателя). Преемственность — проявление соборности, а соборность — это не коллегиальность, в противоположность авторитаризму и тоталитарности, а «единство во множестве», согласное обобщение с учетом накопленного опыта. В основании П. п. лежит этот опыт, исключающий возможность экспериментаторства над человеком, совлечения его с пути спасения в процессе оказания помощи.

Резонно заметить, что Святые отцы не знали П. п. как таковой, но она пребывала в жизни Церкви и в ее проповеди как факт и ныне явлена как ответ на запрос времени.

**ПРЕГРУППОВАЯ ТЕХНИКА ЛОНЕРГАН.** Концепция Лонерган (Lonergan E. C.) представляет собой не столько собственно методический прием, сколько изложение ее опыта об особенностях *групповой психотерапии* больных с грубой соматической патологией, для которых характерен уход в себя, углубленная фиксация на собственных переживаниях. Работа с такими больными имеет ряд свойств, требующих модификации обычных технических приемов ведения группы.

Когда больные с тяжелыми нарциссическими конфликтами и грубыми соматическими расстройствами впервые собираются для проведения групповой психотерапии, они проводят значительное время в так называемой нарциссической фазе группового развития, которую Лонерган называет прегруппой. Прегруппа имеет две стадии: стадия «параллельных» разговоров, завершающаяся признанием членами группы существования друг друга, и стадия, в которой члены группы используют друг друга и группу в целом для удовлетворения собственных нарциссических потребностей. Для того чтобы группа вошла в «фазу доверия», ее члены должны осознать, что окружающие не являются бессознательным продолжением их собственного «Я», не присутствуют с целью удовлетворения их

нарциссических нужд, а представляют собой людей, имеющих собственные запросы, способных обидеться и с которыми поэтому надо считаться. Прегруппа перерастает в группу, когда ее члены начинают реагировать друг на друга не только в собственных интересах, чувствуя при этом, что они находятся в безопасной обстановке и могут доверять друг другу. Когда группа избавляет больного от эмоциональной работы по мобилизации и поддержке нарциссической защиты, иными словами, когда она позволяет ему переключиться, расслабиться и избавиться от фиксации на собственных проблемах, высвобождается энергия. Это благоприятный момент для того, чтобы психотерапевт (или направляемая им группа) мог обратиться к кому-то напрямую, вовлекая его в продуктивную групповую работу. Лица с тяжелыми соматическими нарушениями обычно могут говорить, однако совершенно не умеют слушать. Психотерапевту приходится учить их тому, что слушать столь же важно, как и говорить, при этом он использует специальное *подкрепление* эффективного выслушивания. Психотерапевт должен помочь больным обрести взаимосвязи между своим внутренним миром и внешними обстоятельствами, на которые он выводит их конкретной, простой вербальной стимуляцией.

**ПРИВИВКА ПРОТИВ СТРЕССА МЕЙХЕНБАУМА.** Метод разработан Мейхенбаумом (Meichenbaum D., 1974, 1977, 1985) как способ преодоления стрессовых ситуаций общей природы. Отправной точкой метода является самовербализация факторов, предшествующих стрессовой ситуации, сопровождающих ее и следующих за ней.

Психотерапевтический процесс (тренировка в преодолении стресса) включает несколько последовательных фаз. В фазе обучения анализируются возникающие проблемы и дидактически выявляются возможности преодоления стресса. В фазе тренировки проводится практическое обучение конкретным навыкам по преодолению стрессовых ситуаций и их тренировка в заданных и контролируемых условиях. В фазе применения навыков используются усвоенные приемы преодоления стрессовых ситуаций.

Назначение фазы обучения состоит в том, что пациент достигает рационального понимания природы возникновения и способов поддержания своей реакции на стресс. Одновременно с этим психотерапевт обучает его конкретным приемам преодоления проблемных ситуаций. Эта фаза начинается с анализа проблемы, в ходе которого основное внимание пациента обращается на то, что необходимо говорить самому себе в критической ситуации и какие мысли при этом обычно появляются у человека. Мейхенбаум (1977) приводит различные диагностические способы выявления вариантов поведения и мыслей при стрессовых ситуациях: обследование пациента, диагностическое исследование поведения, *групповая дискуссия*, анализ ситуаций, домашние задания. Вслед за функциональным анализом психотерапевт описывает стрессовую реакцию пациента на примере модели эмоционального возбуждения. По Мейхенбауму, при эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию решающее значение для формирования той или иной эмоции имеет, наряду с физиологическим компонентом, стигматизация возбуждения, его когнитивный компонент. *Вербализация* пациентом собственных эмоций является ведущим звеном их когнитивной составляющей. И если удастся изменить эти самоинструкции, то происходит изменение и физиологической составляющей эмоций, и эмоционального состояния в целом. В этой фазе пациент должен быть сенситивизирован к инструктивно указанным причинам появляющегося страха или тревоги, чтобы своевременно распознавать стрессовую ситуацию, а также связанную с ней реакцию и альтернативно реагировать на них.

В фазе тренировки пациента знакомят со всем известным науке спектром возможностей, с помощью которых он сможет контролировать состояние надвигающейся тревоги или страха, а также управлять своим поведением в стрессовой ситуации. Наряду со сбором информации о стрессе сюда относится также обучение приемам снятия стрессового напряжения. Особое значение придается когнитивным реакциям, направленным на преодоление стресса. Процесс когнитивного преодоления стресса можно разделить на четыре этапа, для каждого из которых характерны различные стрессоры и возможности преодоления: подготовка к стрессору, *конфронтация* со стрессом, предчувствие грозящей опасности, самоутверждение (*самовнушение*).

На этапе подготовки к стрессору пациент пытается сориентироваться, выясняет, что делать, убеждается в наличии у него возможности справиться со стрессом, например: «Что следует немедленно предпринять, как поступить?», «Ты способен разработать стратегию преодоления!», «Нервничать и

волноваться бесполезно: это делу не поможет. Подумай, что можно сделать в этой ситуации».

На этапе конфронтации со стрессом пациент должен вспомнить, что ему следует делать при встрече со стрессовой ситуацией: постепенно приспособиться к ней, расслабиться, не впадать в панику и т. п., например: «Ты способен справиться со всеми проблемами и трудностями!», «Делай одно за другим, с ситуацией можно справиться!», «Дыши глубже, сделай глубокий вдох, все будет в порядке, ты сумеешь взять ситуацию под свой контроль!».

На этапе предчувствия грозящей опасности пациент предугадывает наступление реальной опасности и принимает меры по предупреждению паники, например: «Сконцентрируйся на самом главном!», «Что следует делать дальше?», «Страх не подавить, но я знаю, как мне надо себя вести», «Моя тревога — это сигнал, говорящий, что я должен расслабиться», «Скоро это пройдет, бывало и хуже».

На этапе самоутверждения (или, точнее, самовнушения) пациент прибегает к самовнушению, которое укрепляет его уверенность в собственных силах и возможности справиться со стрессом и закрепляет навыки преодолевающего стресс поведения, например: «Ура! Я справился! Получилось!», «Каждый раз, когда я тренируюсь, мне становится все легче преодолевать стресс», «Я могу гордиться своими успехами в преодолении таких ситуаций».

При выработке и усвоении конкретных самовербализаций психотерапевт должен инструктировать пациента, однако самые эффективные стратегии преодоления разрабатывает, как правило, сам пациент. Поэтому фразы «первой помощи» при наступлении стресса не следует формулировать жестко. В этой фазе тренировки могут помочь маленькие записки (в бумажнике, на спичечном коробке и т. п.). Психотерапевт моделирует легкую стрессовую ситуацию, в которой пациент может упражняться в использовании самоинструкций для преодоления стресса. Психотерапевт вместе с пациентом решает, какие именно ситуации надо моделировать, например, ситуации, возникающие в процессе общения с окружающими в быту, на работе и в других социальных сферах; сюда же относятся ожидание разного рода неудач, провалов, моделирование неловкого положения, в котором может оказаться пациент. Эти ситуации должны создавать повышенную нагрузку для психики пациента и приводить к стрессу.

В следующей фазе усвоенные пациентом навыки используются для преодоления стресса в контролируемых психотерапевтом ситуациях. Для этого пациент должен либо разыграть (представить и изобразить), либо «спровоцировать» стрессовую (конфликтную) ситуацию. Эта фаза в значительной степени и дала название психотерапевтическому методу, предложенному Мейхенбаумом, который исходил из того, что таким способом можно достигнуть известного иммунизирующего эффекта при ситуациях, ведущих к стрессу с чувством тревоги и страха. Пациента заранее обучают тому, как в зависимости от ситуации применять тот или иной способ ее преодоления и как пользоваться различными инструктивными раздражителями в качестве «провокаторов» когнитивных реакций преодоления.

Научное изучение и обоснование описанного метода позволило сделать вывод, подтвержденный также исследованиями в области наказаний за преступления и правонарушения: стрессовые ситуации, к которым индивид «привык», вызывают значительно более слабые эмоциональные реакции, так как лицо, пережившее подобный вид стресса, сумело выработать защитные механизмы против него. Так называемый иммунизирующий эффект против стрессовых ситуаций, а также против ситуаций тревоги, страха и боли достигается благодаря тому, что пациента заранее учат, как и какими интеллектуальными приемами следует пользоваться при возникновении этих ситуаций. После завершения фаз обучения, тренировки и применения навыков пациент уже не зависит только от внешних условий и ситуаций и может использовать свои эмоциональные реакции как инструктивные раздражители для когнитивного преодоления стресса. Эмпирическое обоснование метода и тренировок с помощью самоинструкций находится еще в начальной стадии, что вполне понятно, если учесть, что метод Мейхенбаума стал применяться совсем недавно.

См. также *Стресс и его преодоление (копинг) по Лазарусу, Мейхенбауму, Перре*.

**ПРИНЦИП «ЗДЕСЬ И ТЕПЕРЬ» В ПСИХОТЕРАПИИ.** Один из принципов психотерапии, означающий концентрацию пациента или группы на процессах, происходящих в данный конкретный момент и в данном месте, на актуальных взаимоотношениях, взаимодействиях и переживаниях. Ряд

психотерапевтических школ постулирует этот принцип в качестве ведущего (*гештальт-терапия, группы встреч* и пр.), другие сочетают его с прошлым опытом (*психодрама, групповая психотерапия*). Ориентация на П. «з. и т.» в п. в большей степени характерна для психотерапевтических школ, принадлежащих к «опытному» направлению в психотерапии. Важное значение имеет П. «з. и т.» в п. и для групповой психотерапии. По сути, этот принцип указывает на специфику групповой психотерапии как метода, использующего *групповую динамику*. В основе его лежит представление, согласно которому межличностные взаимодействия пациентов в группе, их поведение, переживания есть точное отражение их межличностных взаимодействий в реальной жизни, вне группы. Анализируя собственные межличностные взаимодействия в группе, переживания, возникающие в процессе общения с другими, пациенты получают возможность увидеть и осознать присущие только им особенности поведения и эмоционального реагирования, проблемы и конфликты, которые характерны для них и проявляются в самых разнообразных ситуациях как в группе, так и вне ее. П. «з. и т.» в п. эффективен при условии, когда участники группы не просто вместе «проживают» различные ситуации, но ищут (и находят) ответы на вопросы: «что происходит?», «как происходит?», «почему происходит?»

П. «з. и т.» в п. — основа работы *психотерапевтической группы*, однако это не исключает одновременного использования материала в рамках «там и тогда» (прошлое пациента) и «там и теперь» (актуальная ситуация пациента вне группы). Это усиливает групповую сплоченность, повышает степень доверия в группе, принятия пациентами друг друга, а также способствует осознанию содержания *обратной связи*, позволяя пациенту соотнести свое актуальное поведение с поведением в реальной жизни и прошлым опытом.

**ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БЛАЗЕРА, ХАЙМА, РИНГЕРА, ТОММЕНА.** Проблемно-ориентированная психотерапия, разработанная в начале 80-х гг. швейцарскими психотерапевтами из Бернского университета Блазером, Хаймом, Рингером, Томменом (Blaser A., Heim E., Ringer Ch., Thommen M.), представляет собой индивидуальный краткосрочный интегративный метод психотерапии, включающий элементы *психоанализа, когнитивно-поведенческой психотерапии, гештальт-терапии и телесно-ориентированной психотерапии*. Этот метод развился на основе *краткосрочной психодинамической психотерапии* Малана (Malan D. H.) и Манна (Mann J.) в связи с возросшими потребностями в активной, структурированной и недорогой по стоимости психотерапии, способной помочь возможно большему числу пациентов. Авторы не претендуют на основание новой школы. Они сосредоточили внимание на основных составляющих элементах психотерапевтической практики и возможностях прагматического и нешаблонного решения возникающих в ее ходе проблем. Подчеркивается важность такого неспецифического фактора, как выраженная направленность психотерапии на решение конкретной проблемы. Поэтому главной целью данного метода психотерапии является улучшение способности пациента решать свои проблемы. Это должно позволить ему стать в конце психотерапии своим собственным психотерапевтом.

Основными принципами проблемно-ориентированной психотерапии являются следующие:

- 1) ориентированность на проблему;
- 2) ориентированность на пациента;
- 3) плюрализм методов;
- 4) структурированность.

Ориентированность на проблему. Под проблемой авторы понимают чрезмерность требований, предъявляемых к адаптационным возможностям пациента. Симптомы же представляют собой лишь один из аспектов проблемы. Ориентированность на проблему означает, что целью психотерапии является устранение не только симптомов, но и стоящих за ними проблем. Обычно пациенты приходят с жалобами на многочисленные трудности, испытываемые ими в жизни. При проблемном подходе психотерапевт совместно с пациентом определяет главную проблему, решение которой возможно за ограниченное время, или же проблему, для решения которой сейчас может быть разработана стратегия, а само ее решение осуществляется позже.

Ориентированность на пациента. Этот принцип означает, что психотерапевтическая работа строится в первую очередь в зависимости от характера проблемы пациента, понимания ее, его представления о цели психотерапии. Психотерапевт должен вдуматься в модель объяснения, предлагаемую пациентом, проанализировать ее вместе с ним и затем предложить определение

проблемы, содержание конкретной стратегии ее решения. Важно, чтобы психотерапевтический процесс был возможно более «прозрачным» для пациента.

Принцип методического плюрализма означает не беспорядочное обращение к множеству психотерапевтических методов, а дифференцированное использование их для решения частных задач. Психотерапевт в своей работе руководствуется не теорией того или иного психотерапевтического направления, а прежде всего решает практическую задачу: как за непродолжительное время, отводимое на *краткосрочную психотерапию*, можно наилучшим образом добиться изменений, соответствующих принятым совместно с пациентом реалистическим целям психотерапии.

Принцип структурирования проявляется как во внешнем, так и во внутреннем аспектах процесса психотерапии. Внешнее структурирование связано с лимитом времени, психотерапия ограничена 15-20 сессиями, 1 раз в неделю, продолжительностью от 25 до 50 минут в соответствии с заключенным контрактом. Внутреннее структурирование включает основные составляющие, или ступени, процесса психотерапии:

- 1) отношение психотерапевт—пациент,
- 2) понимание проблемы пациента,
- 3) анализ проблемы,
- 4) определение проблемы,
- 5) проработка проблемы,
- 6) завершение психотерапии.

Придание психотерапевтическому процессу определенной структуры в виде примерного ступенчатого плана помогает психотерапевту ориентироваться в своих действиях, и хотя на практике психотерапевтический процесс протекает по-разному, как правило, к середине курса психотерапии следует достичь 5-й ступени (проработка проблемы), чтобы осталось достаточно времени для конкретного осуществления изменений и своевременного завершения психотерапии. Ниже приводится краткое описание отдельных ступеней психотерапии.

1-я ступень — создание устойчивых межличностных отношений и конструктивных рабочих отношений между пациентом и психотерапевтом. Выделяется несколько уровней (качеств) отношений. Первый показатель качества отношений — обычные (нормальные) межличностные отношения, свободные от ролевой игры, бывают кратковременными, спорадическими и спонтанными, обычно в начале и конце психотерапии. Вторым показателем качества отношений назван «рабочим союзом по Гринсону». Эти преимущественно рациональные отношения определяются *психотерапевтическим контрактом*, другими словами, теми ролями, которые играют пациент и психотерапевт. Третий уровень отношений — «уровень проблем», который обычно связывают с *переносом* и *контрпереносом*. Психоаналитическая концепция отношений (перенос—контрперенос) в данной терапии выступает в несколько измененном виде. Часть проблематики пациента может заключаться в том, что он распространяет свой прошлый опыт на психотерапевта и это проявляется в иррациональных, анахроничных и неосознаваемых реакциях (перенос). *Интерпретация* этих реакций используется в ограниченном объеме. Кроме того, авторы отказываются трактовать реакции психотерапевта на этом уровне как контрперенос. Это скорее чувства психотерапевта, которые он может попытаться подвергнуть рефлексии. Четвертый уровень — «уровень стечения обстоятельств». На этом уровне отношения имеют место в тех случаях, когда психотерапевт увязывает то, что представляет для него проблему, с пациентом и его переносом. На «уровне стечения обстоятельств» прошлый опыт психотерапевта оказывается помехой психотерапии. Термин «контрперенос» используется лишь в этом смысле.

2-я ступень — пациент излагает свою точку зрения на проблему. Предлагается понятие «субъективной теории болезни». Одним из центральных элементов терапии является внимание к теоретическим концепциям пациента, особенно если они связаны с его проблемной ситуацией. Подчеркивается, что *психотерапевтические вмешательства* эффективны лишь тогда, когда встраиваются в конструкцию, созданную пациентом. Важно понять внутренние связи «субъективных теорий болезни», поскольку часто именно в них заключается настоящая проблема, тормозящая решение или делающая его невозможным.

3-я ступень — анализ проблемы. Рекомендуется проводить анализ проблемы по следующей

схеме:

1) условия в настоящее время (внимание уделяется так называемой актуальной порождающей ситуации, последствиям проблемы для пациента и его окружения);

2) история жизни пациента. Эта часть анализа проблемы направлена преимущественно на тот этап жизни пациента, который соответствует первому проявлению проблемы, а также периоду, наступившему после этого;

3) функциональное значение. Ответ на вопрос о значении проблемы следует искать не в попытках проникнуть в область внутриличностных конфликтов, а в конкретных, понятных межличностных отношениях здесь и теперь, в партнерских связях, в семье, на работе.

4-я ступень — определение проблемы, постановка цели и планирование психотерапии. Определение проблемы, основывающееся на убеждениях пациента и его объяснениях причин болезни, должно быть сформулировано общедоступным языком. Здесь нет места сложным психодинамическим гипотезам, где принимаются во внимание лишь неосознаваемые процессы. Цель психотерапии должна быть конкретной, оперативной, т. е. содержать указания на необходимые действия, и реалистичной с учетом рамок 15-20 психотерапевтических сессий. В случае сомнений цель лучше несколько снизить, чтобы увеличить шансы на успех. При планировании психотерапии и выборе стратегии ее осуществления рекомендуется руководствоваться прагматическими соображениями. В соответствии с основной концепцией терапии не существует никаких возражений против комбинированного использования различных методических подходов (например, психодинамического и одновременно когнитивно-поведенческого методов).

5-я ступень — проработка проблемы и перенос полученных изменений в реальную жизнь, за пределы психотерапии. При проработке проблемы используется один или несколько методов психотерапии. При этом следует подавлять две тенденции:

1) к расширению проблематики психотерапии, когда обсуждению подвергаются вновь и вновь возникающие важные проблемы;

2) к избеганию пациентом обсуждения главной проблемы. Основная цель проработки — достижение такого понимания своей проблемы пациентом и овладение такими стратегиями преодоления, которые позволили бы ему после завершения психотерапии более успешно справляться с испытываемыми им трудностями и самостоятельно работать над своими проблемами.

6-я ступень — завершение психотерапии. Окончание курса психотерапии и расставание пациента с психотерапевтом становится главной темой трех-четырех последних сессий. Если проблематика пациента прорабатывается сознательно и откровенно, то он начинает ориентироваться на поведение психотерапевта, служащее для него моделью.

Для проблемно-ориентированной психотерапии показаны все нарушения, вызванные распознаваемыми причинами. При этом речь идет скорее о четко выраженных нарушениях. К ним относятся в первую очередь острые депрессии, состояние страха, фобии, острые реакции на высокую нагрузку, истерические и функциональные психосоматические нарушения, а также «нервные срывы», если они не могут быть устранены антикризисными мерами. Этот вид терапии показан также в случаях нарушений, которые могут быть объяснены «недостатками поведения», такими как неспособность человека добиться чего-либо существенного, отсутствие чувства собственной значимости, чрезмерный конформизм, неумение распознать собственные чувства и потребности. Определение проблемы — отправная точка всех размышлений, касающихся выбора методов. На его основании разрабатывается стратегия психотерапии — это та руководящая линия, которая определяет применение метода или нескольких методов для достижения *психотерапевтической цели*. При оптимальном эклектическом выборе психотерапевтических методов принимаются во внимание такие факторы, как проблема и понимание ее пациентом, личность и способности пациента, личность и способности психотерапевта, объем времени, отводимого для психотерапии.

Принцип плюрализма методов, осуществляемый в проблемно-ориентированной психотерапии, предполагает:

- 1) активизацию сознания,
- 2) изменение шаблонов мышления и установок,
- 3) решение проблем,



- 4) изменение поведения,
- 5) активизацию переживаний,
- 6) расслабление и улучшение восприятия пациентом своего тела,
- 7) поддержку,
- 8) системные изменения.

Если в выбранной психотерапевтом стратегии предполагается использование методов активизации сознания, то в рамках терапии речь идет в первую очередь не об *осознании* аспектов, связанных с инстинктами, а о выявлении неосознаваемых конфликтов в отношениях, об объяснении социальных мотивов или схем отношений. Поэтому психоаналитические концепции в виде новой трактовки объектных отношений применяются в проблемно-ориентированной терапии в ходе анализа и при определении проблемы. При активизации сознания используются выбор определенного психодинамического фокуса, *конфронтация*, интерпретация в виде гипотезы, спонтанный перенос (не провоцируется невроз переноса), работа со сновидениями (прежде всего с открыто проявляющимся содержанием сновидения), сном наяву и фантазиями.

В этом виде терапии интегрированы также когнитивные методы изменения привычных схем мышления и установок, используемые для решения проблем. Кроме передачи информации применяются методы распознавания и изменения мешающих схем мышления и неадекватных установок (таких, как сверхобобщение, мышление по типу «все или ничего», преувеличение, избирательное восприятие, эмоциональное мышление, произвольные и иррациональные выводы, противопоставление достоинствам недостатков, нормативное мышление, утопические ожидания, автоматические мысли). Мешающие схемы мышления и неадекватные представления могут быть изменены с помощью сознательного когнитивного процесса. Для этого необходимы следующие шаги:

- 1) распознавание прежде всего автоматических мыслей;
- 2) *вербализация*;
- 3) анализ (эмпирический, логический, прагматический);

4) изменения. При изменении установки важно опробовать ее на практике с использованием новых стратегии решения проблемы.

Этот процесс следует разделить на расположенные в логической последовательности шаги:

- 1) создание позитивной установки «проблема может быть решена»;
- 2) субъективное изложение проблемы пациентом,
- 3) системный анализ проблемы;

4) дифференцированное оперативное определение проблемы (обычно происходит уточнение, переформулировка прежнего звучания проблемы);

5) безоценочный поиск альтернативных решений (применение «направленных, свободных ассоциаций»);

- 6) реалистическая оценка альтернатив (выбор реальной возможности);
- 7) принятие решения и его осуществление;
- 8) проверка результатов.

На основе методического плюрализма в процессе решения лечебных задач могут быть использованы методы *поведенческой психотерапии*, основанные на *классическом обусловливании*, *оперантном обусловливании* и моделировании. Интеграция методов активизации переживания и выражения эмоций имеет целью предоставление возможности испытать свои чувства больному или работающему над своим личностным ростом человеку. Приемы мягкого воздействия входят в основной арсенал проблемно-ориентированной психотерапии. К ним относят вербализацию эмоциональных переживаний (техника *Роджерса* (Rogers C. R.)), когнитивную интерпретацию, текущую идентификацию. Наряду с «мягкими» методами используются также приемы, разработанные в гештальт-терапии. В частности, методы конфронтации побуждают пациента более четко и «экспрессивно» выражать свои чувства (приемы преувеличения и выдержки, техника переноса прошлого или будущего в настоящее, идентификация). В проблемно-ориентированной психотерапии находят применение 3 метода *релаксации* и улучшения восприятия своего тела: *прогрессирующая мышечная релаксация Джекобсона*, расслабление с помощью активного дыхания, *аутогенная тренировка*. Используются также методы поддержки, которые, увеличивая адаптационные

возможности пациента, улучшают восприятие им проблемной ситуации и усиливают когнитивные процессы, направленные на поиск путей ее решения. Формами поддержки являются сочувствие, одобрение, *эмпатия*, полезная информация.

Независимость концепции проблемно-ориентированной психотерапии от других школ, по мнению авторов метода, имеет то дидактическое преимущество, что использовать эту концепцию могут психотерапевты, относящиеся к самым различным направлениям. Опасность «хаоса» методов устраняется структурированностью терапии и четко сформулированными показаниями к ней. Психотерапевт ничем не ограничен в выборе методов, а концепция проблемно-ориентированной психотерапии даже требует от него объединения, интеграции в своей работе различных методических подходов, выбор которых обуславливается особенностями проблемы, а также согласием и особенностями пациента.

**ПРОВОКАЦИОННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Широкая система лечения с использованием многих техник, дающая психотерапевту свободу выбора. Этот факт несет в себе и опасности и преимущества. Несмотря на название «П. п.», не каждый примененный психотерапевтом метод лечения и его реакция может быть назван «провокационным». П. п. использует ряд техник других теоретических ориентации: *конфронтацию*, вопросы без ответов, сообщение информации и т. д. Терапевтические системы обычно называют по большинству методов и реакций лечения, применяемых психотерапевтом, либо по его теоретической ориентации, отсюда и появилось название П. п.

П. п. как самостоятельный метод лечения больных неврозами и страдающих различными видами зависимостей была предложена Фаррелли (Farrelli F.) и Брандсма (Brandsma D.) и с 1963 г. преподается как отдельный курс в различных институтах США.

Ряд разнообразных техник применяется для того, чтобы вызвать немедленную реакцию, стимулирующую терапевтический процесс. Целью психотерапевта является спровоцировать не только положительную, но и отрицательную реакцию, а затем интегрировать обе в соответствии с их социальной и межличностной последовательностью. Чаще всего отрицательными реакциями пациента являются гнев и отвращение, а положительными — юмор и теплота. Таким образом, в ходе межличностного общения с пациентом психотерапевт и сенситизирует (повышает чувствительность), и наоборот — десенситизирует: гнев и смех становятся противоядием для возбудимости, тревоги и скоропалительных реакций. Что же касается отличительных черт П. п. от других методик (подходов) — это, прежде всего, степень направленности и использования конфронтации, а также двусмысленный стиль коммуникации, систематическое использование вербальных и невербальных средств, обдуманное и осторожное использование юмора и клоунады и при этом частое отрицание собственного профессионального достоинства.

Хотя пациент дает психотерапевту новые и уникальные возможности применить его собственные гипотезы, для каждого пациента определяются свои собственные проблемы и цели, некоторые общие цели можно сформулировать и систематизировать.

Задачи и цели лечения определяют метод и технику *психотерапевтического вмешательства*. Психотерапевт стремится вызвать как положительную, так и отрицательную реакцию при попытке спровоцировать пациента на 5 основных типов поведения:

- 1) утвердить себя вербально и поведенчески;
- 2) доказать свою дееспособность как при выполнении заданий, так и в общении;
- 3) защитить себя в реальном смысле;
- 4) войти в психосоциальную реальность, оценить ее и научиться адекватно реагировать.

Глобальное восприятие ведет к глобальным стереотипным реакциям, дифференцированное — к адекватному реагированию;

5) войти при личных взаимоотношениях в рискованные ситуации, когда пациент проявляет чувство привязанности и уязвимости по отношению к другим. Самыми трудными словами для него становятся: «Ты мне нужен, я скучаю по тебе, я волнуюсь за тебя», которые как бы раскрывают его, вручают другим, налагают на него обязательства.

Со стороны психотерапевта должны прилагаться усилия (чтобы достигнуть этих целей) правильного подбора методов и техник уже в ходе лечения. Для достижения этих целей поведение пациента можно выстроить по следующей схеме:

- 1) пациента провоцируют на вербальную коммуникацию с психотерапевтом;
- 2) пациента провоцируют как на вербальную реакцию, так и на действие, часто не соответствующее ей;
- 3) пациента провоцируют на обе реакции с преобладанием вербальной как средством выражения поведенческой реакции;
- 4) пациент показывает психотерапевту явные свидетельства своего поведения как результата уже усвоенных интегрированных реакций;
- 5) пациент вступает в фазу самоутверждения, доказательства своей способности защитить себя, становится социально приспособленным и может вступать во взаимоотношения с другими помимо лечебного времени, т. е. вне терапевтических отношений.

Из описания целей и задач П. п. можно вынести две центральные гипотезы этого метода лечения. Первая гипотеза об отношении пациента к самому себе; его концепции себя: спровоцированный психотерапевтом (с помощью юмора, раздражителя, но в пределах его внутренней шкалы ценностей) пациент всегда тяготеет к движению в обратном направлении в зависимости от того, как психотерапевт определяет его как личность. Вторая гипотеза фокусируется на открытом поведении пациента. Если вызвать с помощью провокации юмором или другим раздражителем самопораженческие и уводящие в сторону поведение и чувства, пациент тяготеет к большему соприкосновению с общественными нормами. Существует ряд вариантов этих гипотез. Если психотерапевт прощает пациента, сам он не склонен себя прощать, наоборот, стремится к большей ответственности за свое поведение, свои ценности и отношение ко всему. Если психотерапевт предлагает абсолютно голую рационализацию для патологического поведения пациента, он начинает предлагать объяснения низкого уровня умозаключений или применять научные принципы мышления.

При лечении П. п. врач стремится разными путями указать на социальные последствия поведения своего пациента. Психотерапевт делает попытку вербализовать все табу, о которых люди не говорят друг другу в наше время, он делает все, чтобы передать невозможное речью, почувствовать и подумать о невозможном для пациента, облекаая словами все внутренние сомнения, самые худшие мысли и страхи пациента по отношению к себе и о реакциях других людей на него самого. Таким путем пациент неизбежно начинает верить, что он не «разрушенная» личность и вполне может преодолеть конфликтные ситуации осознанным, реальным и подходящим способом. Очень часто психотерапевт применяет более сложные пути искушения и *убеждения*. И действительно, в абсурдном преувеличении симптомов, доходящем иногда до смешного, есть свои пределы. В попытке «доказать» иррациональную сущность пациента психотерапевт способен выстроить идиотские данные из любого источника. Он как бы принимает на веру рациональное, всякие извинения и с помощью иронии расширяет их, а затем «правдоподобно» подводит к концу (*reductio ad absurdum* — доведя до абсурда). Отношение ко всему он выражает с помощью показного возбуждения, и на протяжении всего времени он соглашается и подтверждает «позитивную» манеру общения.

В П. п. следует как можно быстрее подходить к тем областям, которых стремится избежать пациент и заявляет об этом своим поведением. Психотерапевт не чувствует острой необходимости развития интересующей его темы, его задача — оставаться с пациентом все это время и каждый удобный момент стремиться возбудить болезную тему и не дать пациенту уйти от проблемы. Тогда пациент внесет какой-то порядок в свои впечатления и прежние опыты, разовьет тему, которую он считает важной, и справится со своими чувствами. Психотерапевт может применить гнев, хаос, крики и неорганизованные сеансы: все это не будет сигнализировать о каком-либо терапевтическом барьере, так как выбор у психотерапевта на реакцию больного довольно широк. Как оказывается, подавляющее большинство терапевтических сеансов совсем не лабильны, как это может показаться, а наоборот, пациент сам проявляет интерес к лечению.

**ПРОГРАММИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПО ЯНГУ.** Методика Янга (Young Н.) представляет собой оригинальную разновидность *когнитивной психотерапии*, в которой когнитивное реструктурирование сфокусировано скорее на внешних, чем на внутренних параметрах. Она включает серию значимых проблем, в ходе адекватного решения которых упоминаются и подвергаются ревизии возможные дисфункциональные установки. Набор проблем индивидуален, он ориентирован на значимые события прошлого каждого больного, но включает и аналогичные по содержанию эпизоды из

историй болезни других пациентов. Программа подбирается на основании предварительной беседы с больным, предоставляется ему для внимательного ознакомления, а затем эпизод за эпизодом обсуждается с психотерапевтом. Основная функция последнего в ходе психотерапии — сообщение инструкций по каждому из сюжетов программы, имеющих конечной целью реорганизацию «мира предположений» пациента.

**ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МЫШЕЧНАЯ РЕЛАКСАЦИЯ ДЖЕКОБСОНА.** Относится к группе поведенческих методик. Методика Джекобсона (Jacobson E., 1929) согласуется с представлением о том, что мышечная релаксация является антифобическим фактором. В ходе ее выполнения с помощью концентрации внимания сначала формируется способность улавливать напряжение в мышцах и чувство мышечного расслабления; затем отрабатывается навык овладения произвольным расслаблением напряженных мышечных групп.

Все мышцы тела делятся на 16 групп. Последовательность упражнений в процессе овладения данной методикой такова: от мышц верхних конечностей (от кисти к плечу, начиная с доминантной руки) к мышцам лица (лоб, глаза, рот), шеи, грудной клетки и живота и далее к мышцам нижних конечностей (от бедра к стопе, начиная с доминантной ноги). Упражнения начинаются с кратковременного, 5-7-секундного, напряжения первой группы мышц, которые затем полностью расслабляются; внимание пациента сосредоточивается на чувстве *релаксации* в этой области тела. Упражнение в одной группе мышц повторяется до тех пор, пока пациент не почувствует полного расслабления; только после этого переходят к следующей группе. По мере приобретения навыка в расслаблении мышечные группы укрупняются, сила напряжения в мышцах уменьшается и постепенно внимание все более акцентируется на воспоминании. На заключительном этапе пациент после повседневного анализа локальных напряжений мышц, возникающих при тревоге, страхе и волнении, самостоятельно достигает мышечного расслабления и таким образом преодолевает эмоциональное напряжение. Курс обучения длится от 6 месяцев до 1 года, с частотой занятий 1 -3 раза в неделю по 30-60 минут.

**ПРОЕКТИВНЫЕ МЕТОДИКИ ВОЛБЕРГА.** Эти методики, предложенные Волбергом (Wolberg A., 1973), представляют собой один из немногих подходов, специально ориентированных на психотерапию больных с пограничным синдромом (borderline syndrome), работа с которыми требует специфических модификаций обычных приемов, используемых при психотерапии больных неврозами.

1. «Использование других». Психотерапевт опирается на тенденцию больных с пограничным синдромом отрицать свои собственные чувства и идеи и проецировать их на окружающих. Когда такие пациенты говорят о других, они часто на самом деле имеют в виду себя, маскируя таким образом самораскрытие, чтобы избежать страха оценки со стороны. Тактика *интерпретации* такой проекции и *конфронтации* с этим видом *психологической защиты*, используемая обычно в сходных случаях при неврозах, у больных с пограничным синдромом чревата усилением *сопротивления* и угрозой потери контакта с психотерапевтом. Поэтому рекомендуется следующая тактика: интерпретировать не проекции самого больного, а патологическую защиту «других людей», о которых он говорит. В этих случаях он будет или переносить содержание интерпретаций на себя, или отрицать наличие связи патологии у «других» с собственными переживаниями. Этот прием помогает укрепить терапевтический контакт с больным. Таким же образом анализируется и содержание снов. Высказываются предположения о возможных мотивах поведения «других людей».

Психотерапевт не отягощает пациента констатацией факта, что он такой же, как «другие». Он признает это лишь со временем, когда больной будет готов это принять. Каждый раз, когда пациент говорит: «Это похоже на меня», психотерапевт соглашается с тем, что это может соответствовать действительности, и, поскольку это не столь очевидно проявляется в поведении больного во время сеанса психотерапии, ему предлагается исследовать данный механизм в своих собственных реальных жизненных ситуациях.

2. «Терапия установок». Прием, облегчающий выявление бессознательных установок, на которых строятся отношения больного с окружающими. В рассказе пациента об отношениях с другими людьми всплывают детали, отражающие установки, определяющие взаимоотношения, но неосознаваемые в силу их неприемлемости для больного. Обычная психотерапевтическая тактика, используемая при неврозах, не дает эффекта, так как выведение в сознание истинной установки вызывает у человека с пограничным

синдромом резкую реакцию сопротивления, обычно в силу мобилизуемого чувства его вины перед другими. Поэтому задача психотерапевта — продолжать осторожное накопление нужных деталей взаимоотношений, не переходя границы, за которой сопротивление принимает открытый характер. В этом случае расспрос прекращается с объяснением, что его продолжение чревато чрезмерным повышением уровня напряжения больного. В ходе эксплорации постепенно накапливается критическая масса материала, содержащего фрагменты неосознаваемых фантазий и установок, определяющих собой манифестное поведение, выявляются устойчиво повторяющиеся стереотипы их действия. На данном этапе фокусирование на этих стереотипах, интерпретации, позволяющие увязать мысли, чувства, фантазии — с одной стороны, и реальное коммуникативное поведение, с другой, создают предпосылки для появления *инсайта* у больных относительно своих бессознательных установок. Для психотерапевта предпочтительно формулировать вопросы таким образом, чтобы ассоциации между установками и поведением исходили от самого пациента.

3. «Позитивная конструкция "Я"». Больным с пограничным синдромом часто трудно принять наличие каких-либо положительных аспектов своей личности или использовать конструктивные возможности своего мышления без излишней тревоги. Это, как правило, вызывает у них чувство вины, поскольку они приучены родителями не доверять своим положительным качествам. В детстве они обучаются неэффективному поведению, для того чтобы исполнять в семье соответствующие предназначенные им роли.

Целью методики является снижение чувства вины без анализа его происхождения. Данная техника представляет собой сочетание психоаналитического, клиент-центрированного и поведенческого подходов. Психотерапевт является объектом для проекции положительных качеств больного и отражения их ему. Например, пациент рассказывает о том, что пытался получить работу, но потерпел неудачу, намеренно заявив потенциальному работодателю, что он не обладает достаточной для этой работы квалификацией. Свой рассказ он завершает словами: «Вообще-то мне надо было сказать, что я знаю об этой работе достаточно, чтобы быстро освоить недостающие детали, ведь это на самом деле так». На это психотерапевт может заметить: «Я безусловно уверен, что вы в состоянии быстро освоить эту работу». Фразы, сказанные больным, формулируются врачом иными словами и преподносятся как мнение самого психотерапевта. В сеансе психотерапии далее может быть использован ролевой тренинг, в ходе которого пациент и врач по очереди исполняют роли поступающего на работу и работодателя. После ролевого проигрывания ряда ситуаций со сходным дефектом проблемно-решающего поведения в сознание больного выводится наличие и устойчивость такого дезадаптивного стереотипа в его поведенческом репертуаре. Когда пациент окажется способным брать на себя ответственность за свои действия без чрезмерной тревоги или демонстрации привычных дезадаптивных защит, психотерапия принимает характер обычной работы с больными неврозами.

**ПРОЕКТИВНЫЙ РИСУНОК.** Один из методов *групповой психотерапии*. Ряд авторов не выделяют П. р. в самостоятельный метод, а включают в комплекс, обозначаемый как «проективная *арттерапия*» (предполагает использование не только рисунка, но и лепки, моделирования и др.). Основная задача П. р. состоит в получении дополнительной информации о проблемах отдельных пациентов или группы в целом. Так же как *психодрама* и *психогимнастика*, П. р. способствует выявлению и осознанию трудновербализуемых проблем и переживаний пациентов. Занятие строится обычно следующим образом: каждый пациент получает лист бумаги, цветные мелки (можно использовать краски, цветные карандаши) и рисует на заданную тему. Для П. р. качество не имеет существенного значения. Темы, предлагаемые для рисования, могут быть самыми разнообразными и касаться как индивидуальных, так и общегрупповых проблем. Обычно темы охватывают три основные категории: 1) прошлое, настоящее и будущее пациента (какой я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим, я среди людей, моя семья, моя работа, мое самое приятное или неприятное воспоминание и др.); 2) общие понятия (любовь, ненависть, болезнь, здоровье, страх, зависимость, ответственность и др.); 3) отношение в группе (я глазами группы, мое положение в группе, моя группа и др.). Применяется также свободное (каждый член группы рисует то, что хочет) или совместное рисование (вся группа рисует на одном листе бумаги, например, портрет группы). На рисование обычно отводится 30 минут.

После этого группа переходит к обсуждению рисунков каждого пациента.

Обсуждение П. р., как правило, начинается с высказываний членов группы о том, что хотел изобразить автор рисунка, как они понимают его замысел, что он хотел выразить, какие чувства вызывает рисунок. Затем автор рисунка говорит о собственном замысле и своем понимании. Особый интерес представляют расхождения в понимании и *интерпретациях* членов группы и рисовавшего, которые могут быть обусловлены как наличием в рисунке неосознаваемых автором элементов, так и проекцией проблем других пациентов. При интерпретации П. р. обращается внимание на содержание, способы выражения, цвет, форму, композицию, размеры, повторяющиеся в различных рисунках одного пациента специфические особенности. В П. р. находят отражение непосредственное восприятие пациентом той или иной ситуации, различные переживания, часто неосознаваемые и невербализуемые. Например, пациент, который говорит, что он глава семьи и удовлетворен своим положением, выполняя рисунок на тему «Моя семья», рисует яркие и крупные фигуры жены и детей в центре листа и себя самого, лежащего на кровати; при этом себя он рисует черным цветом и помещает свою крошечную фигурку в нижнем углу листа. В дальнейшем оказалось, что рисунок гораздо более точно отражал ситуацию и, что самое главное, истинные переживания пациента в связи со своим положением в семье.

При совместном рисовании дискуссия дополняется обсуждением участия каждого пациента в групповой работе, характера его вклада в общую деятельность и особенностей взаимоотношений членов группы в процессе совместной работы.

**ПРОЕКЦИЯ ВО ВРЕМЕНИ ПО ЛАЗАРУСУ.** Один из приемов *поведенческой психотерапии*, предложенный Лазарусом (Lazarus A. A.), идея которого заключается в том, что приятное предвосхищение будущего формирует прямой противовес негативным ожиданиям, спонтанно возникающим при депрессивных и фобических состояниях.

В ходе предварительной беседы психотерапевт пытается выявить типы активности, которые были приятны больному до наступления депрессии, используя специальные «списки радостных стимулов», определяет сцены или события, представление о которых может стать для пациента источником приятного переживания. Затем с помощью гипнотического *внушения* или краткосрочного *тренинга* мышечной *релаксации* больной вводится в состояние легкого мышечного расслабления. Психотерапевт очень подробно описывает первую сцену, чтобы пациент как можно ярче и детальнее представил ее. Далее пациент стимулируется к тому, чтобы столь же ярко и живо, но уже самостоятельно, представить вторую и последующие сцены. Психотерапевт создает условия для проекции этих приятных представлений в будущее, способствуя: 1) развитию приятных перспектив и появлению мыслей, связанных с возможным улучшением настоящего положения, 2) приобретению пациентом опыта устранения подавляющих его в настоящее время забот. Появляется «психический противовес» спонтанно возникающим негативным переживаниям. В заключение период времени, который в представлениях был наполнен приятным содержанием, в целом оценивается как радостный и насыщенный отрезок жизни (фаза ретроспективного созерцания). Больной получает инструкцию самостоятельно тренироваться в проекции во времени в определенные промежутки между сеансами психотерапии или при определенных ситуациях. В качестве содержания представлений используются не только любые доставляющие удовольствие типы активности, но и приятные результаты каких-то поведенческих стереотипов, выполнение которых на данный момент вызывает затруднение или тревогу.

Отмечен положительный эффект методики при лечении депрессий и фобий. Противопоказаниями к ее применению являются выраженный негативизм, а также реактивные депрессии, если депрессивная реакция имеет дополнительный символический смысл для больного (он считает ее элементом выражения значимости утраты и др.).

**ПРОТОКОЛЬНАЯ ТЕХНИКА ЛЕВИНСОНА.** Предложена Левинсоном (Lewinsohn P. M.) в 1976 г. и включает ежечасное фиксирование пациентом деятельности, которой он занимается, с одновременной оценкой своего настроения. В психодиагностическом плане создает предпосылки для выявления факторов, стимулирующих нарастание нежелательных состояний пациента, в психотерапевтическом — основу для преодоления прежде всего состояния пассивности и пониженного настроения.

П. т. Л. показана при депрессиях, а также при различных психически обусловленных осложнениях в трудовой деятельности, семейных взаимоотношениях, во всех случаях, когда необходимо повышение психического тонуса.

Другой вариант протокольной техники, предложенный Рашем и др. (Rush A. J. et al., 1977), — так называемые «дневные протоколы негативных мыслей». В его основе фиксация с использованием специального протокольного бланка автоматизированных (навыковых) «цепочек мыслей», возникающих у пациента в психотравмирующих ситуациях. В протоколе больной отмечает: ситуацию, которая в очередной раз вызвала психотравмирующее переживание; чувство, предшествующее возникновению «цепочки мыслей»; саму «цепочку мыслей»; свою оценку ее обоснованности; желательную (правильную) «цепочку мыслей»; мотивировку ее правильности, желательности.

**ПРОТРЕПТИКА** (греч. *protrepe* — побуждать, склонять, заставлять, принуждать). Психотерапевтический метод, основанный на активном *внушении*. Термин «П.» для обозначения методов интенсивного перевоспитания, насильственных упражнений предложил Кречмер (Kretschmer E., 1949).

П., по Кречмеру, используется для устранения невротической симптоматики в виде примитивных реакций и для восстановления нормального состояния. Суть метода — в переключении с филогенетически древних и онтогенетически ранних видов желаний (стереотипов), гипобулических реакций на волевые, целенаправленные желания, намерения. Обуздание животных и устранение детских форм желаний осуществляются сходными приемами, сочетающими резкие вербальные команды, твердые, решительные действия и, если необходимо, короткие болевые раздражители.

Для активации осознанных желаний (намерений) произносятся резкие команды типа «Делай!». При ступорозном состоянии с недостаточной контактностью начинают в отточенной манере со слов, например, «Раз! Два!» и повторяют их, сопровождая счет твердыми, четкими движениями. Сильные сенсорные и словесные раздражители, вызывающие у больного неприятный аффект, купируют невротический симптом в течение «воспитательного» сеанса.

**ПРЯМОЙ АНАЛИЗ РОЗЕНА.** Метод понимания и лечения психозов, предложенный Розеном (Rosen J., 1953), как видно из названия, связан с концепцией *Фрейда* (Freud S.), но классическая психоаналитическая теория и техника в нем значительно модифицированы. Первые публикации Розена появились, когда психиатрия еще ориентировалась на физические методы лечения психозов, такие как инсулиновый шок, электросудорожная терапия, и привлекли внимание к психологическим методам лечения шизофрении. В своей первой статье (1947) автор описал прямой *психоанализ* как «метод снятия острого кататонического возбуждения». Позже (1953) он утверждал, что этот метод может использоваться и при лечении других психических расстройств, например гебефрении или паранойи. Он сравнивал психоз с существованием в «вечном кошмаре», а его симптоматику рассматривал как манифестное содержание этого бесконечного ночного кошмара. Манифестное содержание, по его словам, может быть проанализировано с позиций фрейдовской психологии сновидений, и их *интерпретация* приводит к быстрому выходу из психоза. Однако описание метода в этих публикациях было довольно фрагментарным и не давало ясной, систематизированной картины. Для ознакомления со своей работой Розен пригласил группу психоаналитиков и психиатров. В 1956 г. в медицинском центре Темплского университета начался долгосрочный исследовательский проект, целью которого было наблюдение и определение процедур, составляющих П. а. Р., установление возможности обучения этим приемам. В работе участвовали психиатры, психоаналитики, клинические психологи, социологи, студенты всех этих специальностей. На основе тщательного анализа длительных наблюдений были подготовлены публикации Броуди (Brody M., 1959), Инглиша (English O. S., 1960) и др. Розен также завершил свой собственный отчет о последних усовершенствованиях прямого анализа, включающий описание процедур, применяющихся в лечении, и детальное изложение теоретических взглядов, на которых базировался метод.

Психозы, с точки зрения П. а. Р., являются психогенными нарушениями, отличающимися от неврозов и нормы лишь степенью. Розен употреблял понятие «психоз», включая в него различные психопатологические синдромы как особые виды психогенных реакций, по выраженности — от «самого легкого» до «наиболее тяжелого». Всего автор выделяет восемь степеней тяжести, соответствующих восьми фазам психоза. При этом больной психозом находится в движении от одной фазы к другой в любом направлении — вверх и вниз. Одни пациенты передвигаются от фазы к фазе весьма быстро, другие, в наиболее неблагоприятных случаях, могут оставаться на одной фазе месяцы или даже годы. Вслед за Фрейдом рассматривая психоз как регресс к прегенитальной стадии

психосексуального развития, Розен видит в фазах психоза уровни регресса — от «позднего анального» (легкий психоз) до «позднего орального» (тяжелый психоз). В то же время поведение психотика не всегда типично для той фазы, на которой он находится. Каждый больной в любой из фаз может проявлять оральную, анальную или даже генитальную характеристику. Психодинамически психоз понимается Розеном в терминах регресса от конфликта между Эго и Супер-Эго к оральной или анальной жизни. Супер-Эго автор описывает как психическое воплощение «раннего материнского окружения», возникающего сразу после рождения и достигающего наиболее важных характеристик в течение первого года или первых двух лет жизни (в отличие от Фрейда, понимавшего Супер-Эго как «наследника эдипова комплекса», формирующегося в первые 5-6 лет жизни и являющегося воплощением родительских и других «моральных» воздействий). По мнению Розена, «нормальный» ребенок в процессе имитации, идентификации с «матерью» постепенно приобретает разумное, умеренное Супер-Эго. «Девиантный» ребенок, который в дальнейшем станет невротиком или даже психотиком, начинает жизнь с приобретения неразумного, беспокойного, неудобного Супер-Эго. «Мать», которую он имитирует и с которой пытается идентифицироваться, необходима, но ужасна. В одной из своих ранних статей Розен утверждал, что больным психозом — это тот, «кто воспитывается женщиной, страдающей извращением материнского инстинкта». Позднее он говорит о «раннем материнском окружении», точнее, об «актуальной матери» как об источнике психоза. Когда Эго уступает в изнурительной борьбе с этим «жестким, суровым» Супер-Эго, оно пытается найти облегчение в возвращении к более ранним стадиям развития, в регрессе. Таким образом, смысл психоза как регресса, с точки зрения Розена, заключается в том, чтобы «разыскать мать, которую он знал», а каждая из фаз психоза рассматривается как переживание некоторых аспектов взаимоотношений «ребенок—мать». Это движение психотика вниз, к прегенитальным фазам развития, автор характеризует как путь «из огня да в полымя». Первоначальные взаимоотношения с ранним материнским окружением, к которым он возвращается, еще более мучительные, чем их копия, — конфликт Эго и Супер-Эго, превращают его жизнь в вечный ночной кошмар. Однако он не может по своей воле положить конец регрессу, а может лишь пробовать различные способы поведения, которые Розен и пытался разглядеть в восьми фазах психоза. Таким образом, Розен приходит к пониманию манифестного содержания психоза в терминах этих существенных отношений «Эго—Супер-Эго» или «ребенок—мать». Большая часть психопатологии П. а. Р. посвящена пониманию специфических примеров психотического поведения, таких как «быстрый разговор», «дурашливое настроение», «покорная реакция», в терминах своей общей теоретической ориентации. В каждом из рассмотренных примеров (всего около 60 видов поведения) манифестное содержание относится к скрытому, латентному содержанию, представленному одной из фаз психоза. Для характеристики скрытого содержания Розен сконструировал серию лейтмотивов (что психотик неосознанно чувствует и думает) для каждой из восьми фаз. Лейтмотив, основная тема скрытого содержания, включает две части. Первая представляет собой описание внешнего вида и поведения пациента, а также, в качестве примера, его характерных сновидений. Во второй части содержится объяснение отношения неосознанной части Эго к Супер-Эго. Розен использовал эту серию лейтмотивов в лечении и обучении как ключ к определению фазы психоза, на которой находится пациент.

П. а. Р. как метод лечения психозов базируется на концепции «приемных родителей», лечение каждого больного проводится в маленьком домике или квартире, обслуживаемой тремя или четырьмя ассистентами, совместная жизнь пациента и персонала напоминает семейные отношения. Психиатру определяется роль «приемного родителя». Для компенсации недоброжелательности подлинной «плохой матери» (т. е. Супер-Эго) он должен действовать как «хорошая мать». По мнению Розена, психиатр берет на себя ответственность за принятие неоинфантильного психотика и за перевоспитание этого «неомладенца», как за реального ребенка. Поначалу Розен считал, что психиатр должен искренне любить своего пациента, чтобы достичь цели «воспитания» — выхода из психоза. Однако позже он говорил, что достаточно вести себя как любящий приемный родитель, так как часто психотик реагирует на утверждение «Я люблю тебя» так же, как невротик на реальное проявление этого чувства. Осуществление роли хороших приемных родителей не исключает строгой дисциплины, когда ситуация требует этого, и не устраняет постоянного жесткого контроля за лечебным процессом. Ассистенты должны заботиться о своем подопечном и оберегать его круглосуточно. Это касается не только его



физического благополучия, но и психических потребностей, выражающихся вербально и невербально в манифестном содержании психоза.

Перед лечебными сессиями ассистенты записывают свои наблюдения, что может оказаться полезным для прямого психоанализа. Лечебную сессию психиатр обычно проводит лицом к лицу с пациентом. Ассистенты располагаются поодаль. Не исключается присутствие студентов и других наблюдателей, так как, по мнению Розена, сознание психотика сфокусировано на внутреннем состоянии, изредка на психиатре и никогда на окружающих. Лечебные сессии, протекающие в виде беседы психиатра и пациента, — гибкий, неструктурированный процесс. Больной, находящийся в определенных фазах психоза (например, 2-я фаза — маниакально-депрессивная реакция, маниакальный тип), с большей вероятностью может взять инициативу беседы на себя, инициатива больного — это некоторые фрагменты его призрачного манифестного содержания. Ответной реакцией психиатра могут быть вопросы, *интерпретации*, простые «да» или «нет», жесты, мимика или демонстрация некоторых эмоций, например гнева или одобрения. При беседах с психотиками, находящимися в других фазах (6-я фаза — шизофрения, кататонический тип), инициативу обычно берет на себя психиатр. Он может произнести короткий монолог с объяснениями или интерпретациями некоторых аспектов психотического манифестного или скрытого содержания. Ответной реакцией пациента может быть принятие информации или ее опровержение, молчание, взрыв веселья, агрессивное поведение и др. Инглиш (English, 1960) и Шифлин (Scheflen A., 1961) опубликовали перечни техник, которые использовались Розеном в процессе прямого психоанализа. Такое структурирование приемов было необходимым на стадии становления метода П. а. Р., однако не отражает спонтанности и непосредственности, типичных для протекания лечебной сессии. Сам автор утверждал, что он не чаще сознательно использует те или иные приемы, чем родитель при воспитании ребенка. Важной особенностью лечения методом П. а. Р. является его психиатрическая ориентация на фазы психоза, т. е. учет специфичности психотического состояния.

Другой особенностью этого лечебного метода является сокращение возможных видов психотического манифестного содержания до двух обобщающих моментов: лейтмотивов, сконструированных для описания 8 фаз психоза, и базисного понимания «матери», которое лежит в основе этих лейтмотивов. В типичной лечебной сессии П. а. Р. ослабляется воздействие «плохой матери» (Супер-Эго) и вводится влияние «хорошей матери». В конечном счете через процесс, описанный как «имитация — инкорпорация — идентификация», больной психозом может приобрести разумное, умеренное Супер-Эго. Базисом для этого процесса служит явление *переноса*. Фрейд считал, что при психозах не бывает переноса. Розен, напротив, утверждает, что перенос — характерная особенность больных психозом. Он определяет перенос как тенденцию искать и находить «мать, которую ты знал», в людях и объектах, которые очевидно не являются его матерью. Для Розена психотерапевтическая проблема не в отсутствии переноса, а в его избытке. В задачи психиатра входит поиск способов фокусирования психотического переноса. Это объясняет обычную для Розена форму ссылок на себя как на «мать», «отца», «Бога» и др. фигуры, когда он общается с пациентом. Таким образом он привлекает внимание и интерес больного. Психиатр делает вид, что обладает материнским всемогуществом и всеведением, которое пациент приписывал голосам, неодушевленным предметам, разнообразному реальному и воображаемому окружению. Фокусирование переноса — процесс постепенный и неуловимый. Одним из специфичных приемов П. а. Р. является переносная интерпретация, которая представляет собой короткое утверждение, сделанное по отношению к пациенту в некоторый критический момент лечебной сессии. В каждом случае психоаналитик берет на себя власть и полномочия решать, «верно» или «неверно» поступает пациент и «наказывать» или «прощать» его за этот поступок. Если психотическое манифестное содержание не дает соответствующего материала для переносной интерпретации, применяется прямая интерпретация. Например, когда пациент жалуется на своего «бесчестного банкира, не позволяющего ему получить вложенный в банк 1 млн. долларов», это не является действительной основой его жалоб. В этом случае прямой анализ может быть следующим: «Если ты имеешь 1 млн. долларов, ты думаешь, твоя мать могла бы любить тебя?» Как отмечалось выше, целью переносной интерпретации является фокусирование переноса и тем самым постепенное формирование нового Супер-Эго. Второстепенной для переносной, но основной целью для прямой интерпретации является *осознание* пациентом неосознанных чувств и

идей. В зависимости от того, в какой фазе психоза находится пациент, его реакции на переносные или прямые интерпретации могут быть непосредственными или отсроченными, заметными или незначительными. Оптимальными являются очевидные, непосредственные реакции (страстное и категорическое отрицание, бурные слезы, бегство). Критики П. а. Р. поднимали вопрос о вреде преждевременных интерпретаций. Розен был убежден, что больной психозом на любой фазе болезни готов к восприятию точной интерпретации. Автор метода не считал, что опрометчивые, неточные интерпретации непременно сведут на нет проделанную уже работу психотерапевта, так как эксплозивная реакция пациента, свидетельствующая о его интересе к психиатру, более желательна. Выход из психоза с помощью метода прямого анализа, по данным Розена, может быть очень быстрым (в течение недель) и более медленным (через год и больше). В среднем этот процесс длится около 4 месяцев. В некоторых случаях лечение может не привести к желаемой цели.

Важно отметить, что Розен не считал лечение законченным после выхода пациента из психоза. Согласно теории П. а. Р., вылеченный психотик, прежде чем он достигнет желаемого «нормального уровня», переходит в фазу неоневротика. Если критерием выхода из психоза является успешная идентификация пациента с «матерью» (материнскую роль играет психотерапевт), то на следующем этапе лечения задачей становится достижение удовлетворительных отношений с «отцом», роль которого по-прежнему берет на себя психотерапевт.

Лечебные сессии с неоневротиками также проводятся в виде бесед лицом к лицу. Сессии могут быть спланированы регулярно, еженедельно, раз в 2 недели или более гибко в соответствии с необходимостью. Внешне они похожи на сессии с психотиками, однако имеют свои характерные черты. В содержание этих сессий иногда включаются прямые интерпретации, но никогда — переносные. Розен по отношению к пациенту не более и не менее чем «доктор Розен» (сравните — «мать», «отец», «Бог» в отношении к психотику). Содержание бесед затрагивает события в жизни пациента, его деятельность и проблемы. Высказывания психотерапевта обычно являются отзывом на то, что сообщил ему пациент. Это может быть одобрение, порицание, совет, предостережение, просто дружеская шутка. Тон беседы и отношение к больному искренние, положительные и родительские. Редкие упоминания о психотическом опыте пациента могут быть сделаны психотерапевтом как иллюстрации некоторых его позиций относительно настоящего. Выход из неоневроза напоминает выход из психоза. Он представляет собой постепенный, неуловимый процесс. Ориентирами степени прогресса являются лишь приблизительные поведенческие критерии.

Данные о результатах лечения пациентов методом П. а. Р. очень немногочисленны. Имеется лишь отчет в одной из первых статей Розена (1947) о 37 случаях успешного излечения, однако в 1953 г. он сообщил, что у 6 человек был рецидив. Кроме того, есть данные Инглиша о 12 случаях, наблюдаемых в ходе проекта в Темпле, согласно которым «все, кроме двух, вылечились от психоза в такой степени, чтобы вернуться в общество».

**ПСИХАГОГИКА.** Понятие, предложенное в 20-х гг. нашего столетия и подробно раскрытое немецким психиатром и психотерапевтом Кронфельдом (Kronfeld A.) в 1927 г. в статье «Психагогика, или психотерапевтическое учение о воспитании», опубликованной в сборнике «Психические методы лечения», редактором которого был Бирнбаум (Birnbbaum K.).

Кронфельд полагал, что новый метод, будучи направлен на духовное оздоровление и личностный рост, может дополнить, развить или даже заменить суггестивные и глубинно-психологические методы. П. Б. Ганнушкин в своей известной монографии «Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика» (1933) писал: «Сходство требующихся у врачей приемов с педагогическими послужило основанием к выделению особого отдела психотерапии, названного Кронфельдом психагогией».

Одной из теоретических предпосылок разработки П. послужила не удавшаяся Кронфельду попытка объединения различных психотерапевтических методов в одно интегративное направление.

**ПСИХИЧЕСКАЯ ПРОРАБОТКА.** П. п. (working through) — процесс, посредством которого анализ включает в себя истолкование и преодолевает порождаемые им *сопротивления*. В данном случае речь идет о такой психической работе, посредством которой субъект принимает некоторые вытесненные содержания и высвобождается от власти механизмов повторения. П. п. постоянно происходит во время лечения, однако на некоторых стадиях, когда лечение тормозится, а

сопротивление, несмотря на все *интерпретации*, сохраняет силу, она играет важную роль. С точки зрения психоаналитической техники, П.п. способствуют интерпретации аналитика, из которых явственно следует, что обсуждаемые значения вновь обнаруживаются в иных контекстах (Лапланш Дж., Понталис Дж. Б., 1996).

Хотя в своих ранних работах Фрейд (Freud S., 1895) использовал термин П. п., это клиническое понятие впервые появилось в статье «Вспоминание, повторение и проработка» (Фрейд, 1914). В ней Фрейд указывает, что цель лечения (в первой фазе развития *психоанализа*) состоит в том, чтобы вызвать в памяти у больного патогенное травматическое событие, которое, как полагали, лежит в основе возникновения невроза, а затем — абреакцию подавляемого воздействия, связанного с этим событием. С отказом от *гипноза* задачей психоаналитического лечения стало восстановление важных забытых воспоминаний и связанных с ними последствий через *свободные ассоциации* пациента, а это требовало «напряженной работы» со стороны пациента, поскольку его психика оказывала сопротивление раскрытию того, что в ней подавлялось. Восстановление важных воспоминаний уступило затем место по важности повторению этих событий в форме *переноса* и отреагирования (Сандлер Дж. и др., 1995).

Работа психоаналитика теперь в большей степени рассматривалась как направленная на интерпретацию сопротивлений пациента, а также на раскрытие ему того, как прошлое повторяется в настоящем. Однако даже если психоаналитику удавалось раскрыть наличие сопротивления и показать его пациенту, этого оказывалось недостаточно, чтобы добиться улучшения его состояния. Фрейд (1914) писал: «Необходимо дать пациенту время осознать это сопротивление, о существовании которого ему теперь известно, проработать его и преодолеть — продолжая аналитическую работу в соответствии с фундаментальным правилом психоанализа. Эта проработка сопротивления может оказаться на практике сложной задачей для пациента и тяжелым испытанием для психоаналитика. Тем не менее это часть работы, которая производит большие изменения в состоянии больного и которая отличает психоаналитическую процедуру от любого вида лечения суггестивным методом».

Позднее Фрейд (1926) дифференцировал ряд различных источников сопротивления, он связывал необходимость П. п. с конкретной формой сопротивления, которая является следствием «принуждения к повторению», с так называемым «сопротивлением Ид». Консервативная природа инстинктов, инертность, вязкость и тенденция возвращаться к более раннему состоянию — инстинкт смерти — оказывают помехой для терапии или даже препятствием для П. п. в ее роли важного акта перемены.

Таким образом, для Фрейда «проработка» — термин, подразумевающий работу (как аналитика, так и пациента) по преодолению сопротивлений к изменению, связанных прежде всего с тенденцией инстинктивных стремлений цепляться за привычные для них модели разрядки.

П. п. представляет аналитическую работу, являющуюся дополнительной к деятельности психоаналитика по раскрытию конфликтов и сопротивлений. Интеллектуальный *инсайт* без проработки считается недостаточным для достижения терапевтического успеха, поскольку сохраняется тенденция повторения привычных способов функционирования (Сандлер Дж. и др., 1995); идет поиск во внешнем мире все новых и новых подтверждений бессознательно укоренившимся диспозициям как результат внутренних психических условий. Таким образом, несмотря на инсайт пациента во время сеансов, симптомы могут повторно стабилизироваться (закрепляться) вне анализа в соответствии со старыми шаблонами (Томэ Х., Кёхеле Х., 1996).

Гринсон (Greenson R. R., 1965, 1966) считает, что «только аналитическая работа, ведущая к инсайту, и может быть названа аналитической работой в подлинном смысле, в то время как ее же, ведущую от инсайта к изменениям в поведении, отношении и структуре, следует считать П. п.». Далее он перечисляет ее элементы.

1. Повторение интерпретаций, особенно анализ трансферентных сопротивлений.
2. Разрушение изоляции, отделяющей аффекты и импульсы от переживаний и воспоминаний.
3. Расширение и углубление интерпретаций, раскрытие множественных функций и детерминант прошлой жизни и производных поведенческих фрагментов.
4. Реконструкции прошлого, помещающие пациента и другие жизненно важные фигуры из его окружения в живую перспективу, сюда относятся и реконструкции образа самого себя в различные промежутки прошлого.
5. Изменения, ведущие к облегчению в реакциях и поведении, в свою очередь позволяющие

ранее заторможенному пациенту решиться на проявления новых типов реакций и поведения в отношении импульсов и объектов, которые до этого он считал опасными для себя. Обычно пациент сначала подвергает проверке это новое для себя поведение в аналитической ситуации, а затем уже реализует во внешнем мире. Это новое поведение является в какой-то мере менее искаженной производной опыта ранних лет пациента.

Томэ, Кёхеле (1996) указывают на то, что П. п. имеет качественные и количественные аспекты, которые можно также наблюдать в процессах обучения, особенно при переучивании. Многие пациенты спрашивают себя и аналитиков, сколь часто они будут вынуждены терпеть некоторые ситуации, прежде чем обретут способность справляться с ними иным, и лучшим, путем. Например, сколько раз пациент должен иметь позитивное переживание, встречаясь с кем-то, обладающим авторитетом, чтобы преодолеть свою социальную тревогу и более фундаментальную кастрационную тревогу?

Таким образом, П. п. происходит как внутри, так и вне аналитической ситуации. Некоторые пациенты добиваются таких изменений в поведении без помощи аналитика, но обычно этого нельзя ожидать. Психология *научения* свидетельствует, что различные области познания, автономные процессы и психомоторные способности могут развиваться во многом независимо друг от друга. Чтобы интегрировать эндопсихические процессы с помощью *обратной связи*, требуются особые процессы обобщения. В *психоаналитической психотерапии* это происходит во время П. п.

**ПСИХОАНАЛИЗ.** Психотерапевтический метод, разработанный *Фрейдом* (Freud S.). Основополагающим понятием, объединяющим учение Фрейда со взглядами *Адлера* (Adler A.) и *Юнга* (Jung C. G.), а также неопсихоаналитиков (см. *Неопсихоанализ*), является представление о бессознательных психических процессах и используемых для их анализа психотерапевтических методах.

П. (см. *Классический психоанализ*) включает теории общего психического развития, психологического происхождения неврозов и психоаналитической терапии, являясь, таким образом, законченной и целостной системой.

Теория общего психического развития объединяет метапсихологию, которая основана на понятии о психическом аппарате (структурная и топографическая модели личности), два варианта процесса мышления и представления о психической энергии. В основу теории общего психического развития легла также концепция о стадиях развития детской сексуальности. На ее базе Фрейд описал генетические типы характера, представления о регрессе к точкам фиксации, которыми являются стадии развития сексуальности, и учение о сублимации. Теория происхождения неврозов включает представление о психологическом конфликте; по словам Фрейда, это «переживание, возникающее в результате столкновения по крайней мере двух несовместимых тенденций, которые действуют одновременно как мотивы, определяющие чувства и поведение». Классифицируя неврозы, Фрейд выделял психоневрозы, актуальные неврозы и неврозы характера. К стержневой психопатологической симптоматике он относил тревожные и астенические расстройства.

Опираясь на собственную теорию об организации психики и механизмах ее функционирования и возникновения неврозов, Фрейд разработал соответствующие лечебные методы (см. *Психоаналитические методы*). В одной из своих работ он писал: «Предположение о бессознательных психических процессах, признание теории *сопротивления* и подавления, детской сексуальности и *эдипова комплекса* образуют главные элементы психоанализа и базисные предпосылки этой теории; никто не может считать себя психоаналитиком, если он не признает их». О цели психоаналитической терапии Фрейд писал: «Где было Ид, там будет Эго», т. е. бессознательные психические процессы должны быть максимально глубоко раскрыты и представлены сознанию для интеграции их в экзистенциальную организацию.

Основоположниками П. считаются также Юнг, создатель *аналитической психологии*, и Адлер, основатель *индивидуальной психологии*. Оба были учениками Фрейда, затем из-за принципиальных разногласий отошли от его П. и создали свои собственные концепции.

Юнг ввел понятие об архетипах — психических структурах, составляющих содержание коллективного бессознательного. Архетипы определяют характер символики сновидений, сказок, мифов, могут также выражать религиозные чувства и имеют значение коллективных символов. Цель психоаналитической терапии в концепции Юнга отличается от представленной в психоанализе Фрейда,

который сравнивал психоаналитический метод со скальпелем хирурга, вырезающим больную ткань, а задача природы — излечивать рану. Юнг возражал против прямого вмешательства в жизнь больного неврозом практическим советом, моральными или интеллектуальными инструкциями. Цель психоаналитической терапии он видел не только в устранении болезненного симптома, но и в укреплении здоровья, в стремлении помочь пациенту достигнуть душевной зрелости. Если по Фрейду, «где было Ид, там будет Эго», то Юнг, исходя из требований индивидуальности, говорит: «Самость должна заменить Оно». Целью процесса индивидуализации является синтез различных аспектов сознательной и бессознательной памяти. По Юнгу, «если человек живет, он должен бороться и жертвовать тоской, чтобы восходить к своему собственному росту»; по Фрейду, это значит, что человек должен «договориться с реальностью».

Адлер в невротическом состоянии видел переживание слабости и беспомощности, которые описывал как «комплекс неполноценности». Его индивидуальная психология определяет невротические симптомы как проявление борьбы по преодолению чувства недостаточности, их развитие видит как «бегство в болезнь», «желание власти» или «мужской протест». Первый и третий пути направлены на привлечение внимания к себе, «желание власти» входит в конфликт с ощущением общности с другими людьми. Адлер определил невроз как экзистенциальный кризис, поражающий всю личность; основной феномен психических расстройств усматривал не в сопротивлении побуждениям, а в невротическом характере, неадекватном attitude жизни.

Дальнейшее развитие П. осуществлялось в рамках неопсихоанализа (Шульц-Хенке (Schultz-Henke Н. и др.). Особую роль в нем сыграло направление, придающее большее, чем классический П., значение социокультурным факторам в развитии невроза, учитывающее влияние общества на выбор и формирование невротических симптомов. Оно получило название культурного психоанализа. Наиболее видными его представителями являются Хорни (Horney К.), Фромм (Fromm Е.), Райх (Reich W.). Среди других направлений неопсихоанализа значительным влиянием пользуется *Эго-психологическая теория психоаналитической психотерапии Гилла, Стоуна, Бибринга и др.* и концепция объектных отношений Кляйн (Klein М.) (см. также *Психоаналитическая психотерапия объектных отношений по Кернбергу*).

В настоящее время различают П. и психоаналитическую (психоаналитически-ориентированную) психотерапию. Эти две формы лечения основаны на теории Фрейда о динамике бессознательного и психологическом конфликте. Главная их цель — стремление помочь пациенту осознать причину внутренних конфликтов, возникающих в результате противоречивых детских переживаний и проявляющихся как симптомами, так и формированием определенных болезненных паттернов поведения и межличностного взаимодействия в зрелом возрасте.

П. наиболее интенсивный и строгий по форме тип психотерапии. Пациент посещает психоаналитика 3-5 раз в неделю; продолжительность лечебного курса от нескольких месяцев до нескольких лет. Больной лежит на кушетке и не видит психоаналитика, сидящего позади него. Пациент стремится к свободному ассоциированию, т. е. пытается сказать все, что приходит ему в голову, чтобы проследить движение мыслей к их ранним корням; говорит также о сновидениях и чувствах *переноса*, возникающих в процессе психотерапии. Психоаналитик использует *интерпретацию* и прояснение, чтобы помочь пациенту в разрешении конфликтов, которые часто бессознательно воздействуют на его жизнь. Для П. важно, чтобы пациент умел выражать свои чувства и мысли, был психологически расположен без выраженной репрессии переносить эмоциональное напряжение, вызываемое психоаналитиком, обладал способностью к устойчивому психотерапевтическому альянсу. Целью П. является реконструкция структуры характера с уменьшением патологической защиты; понимание причин состояния важнее облегчения симптомов, хотя последние в ходе лечения исчезают. Результатом П. должно быть формирование зрелой личности. П. показан пациентам с неврозами, личностными расстройствами, сексуальными нарушениями.

*Психоаналитическая психотерапия* основана на принципах и методиках, используемых в классическом П., но менее интенсивна. Существует два ее типа: *инсайт-ориентированная* и *суппортивная психотерапия*. В первом варианте пациент приходит 1-2 раза в неделю и сидит напротив психотерапевта. Цель заключается в осознании бессознательного психологического конфликта, что сходно с П., но здесь акцент ставится на реальных проблемах, меньше подчеркивается развитие переноса. Пациенты, подходящие для этого вида психотерапии, так же как и для П., имеют широкий

круг симптоматических и характерологических проблем. Показана эта психотерапия и пациентам с личностными нарушениями.

В суппортивной психотерапии основной элемент лечения составляет скорее поддержка больного, чем развитие у него *инсайта*. Обычно это терапия выбора для пациентов с серьезной уязвимостью Эго, в частности для психотических пациентов. Показана эта терапия и пациентам в кризисной ситуации, например в остром горе. Она должна быть длительной, продолжающейся многие годы, особенно для пациентов-хроников. Поддержка должна выражаться прежде всего в ограничении окружения, повышении реальных социальных возможностей, успокоении, совете и помощи в социальных изменениях; психотерапевт должен быть активным в дискуссии, должен поощрять пациента. Таким образом, в психоаналитической психотерапии акцент делается на самопознании и способности постоянно углублять понимание своей внутренней психической жизни.

**ПСИХОАНАЛИЗ В РОССИИ.** Первое применение идей венской школы психоанализа в российской психиатрии относится к 1896 г., когда московский врач В. М. Даркшевич использовал вновь открытый катарсический метод Брейера—Фрейда (Breuer J.—Freud S.) для лечения алкоголиков и нервнобольных. Однако широкую известность в медицинских и гуманитарных кругах *психоанализ* в России стал обретать лишь с 1904 г., после издания «Толкования сновидений» *Фрейда* на русском языке.

Энтузиастом и популяризатором нового терапевтического метода стал В. П. Сербский, возглавивший после смерти С. С. Корсакова (1900) Психиатрическую клинику Московского университета и собравший вокруг себя группу молодых врачей (с 1904 по 1910 г. в нее вошли Н. Е. Осипов, Ю. В. Каннабих, М. М. Асатиани, М. В. Вульф, И. А. Бирштейн, И. Д. Ермаков и др.). Концепции и методики Фрейда не всеми принимались охотно, поскольку в большинстве своем московские и петербургские психиатры были ориентированы на «физиологический» подход к проблемам души; наиболее влиятельной в России оставалась психорефлексологическая школа В. М. Бехтерева. Тем не менее к 1908 г. стало возможным говорить о существовании, по крайней мере в Москве, устойчивого объединения врачей и психологов, избравших и широко внедряющих в практику психоаналитические идеи.

С осени 1908 г. при Психиатрической клинике Московского университета под руководством В. П. Сербского функционирует психотерапевтическая амбулатория, где используются психоанализ, *гипноз*, катарсический метод и ассоциативный эксперимент *Юнга* (Jung C. G.). Большое внимание уделяется идее гипноаналитической терапии (синтез гипноза и психоанализа). Все более широкое развитие получает психотерапия в клинике соматических болезней. В это же время в печати появляются первые профессиональные работы российских психоаналитиков, главным образом популяризационного характера. Н. Е. Осипов — «Психология комплексов и ассоциативный эксперимент» (1908); он же: «О психоанализе» (1910) и др. С 1913 г. публикуются статьи И. Д. Ермакова. Московские врачи используют психоаналитические методики и в прикладной сфере — приложении к социальным и культурным проблемам, к произведениям литературы и искусства (работы Н. Е. Осипова, И. А. Бирштейна и др.). На русском языке начинают издаваться труды Фрейда, Юнга, Ранка (Rank O.), Штекеля (Stekel W.) и др.

1910-1914 гг. — период максимального расцвета российского психоанализа. В 1911 г. учрежден Русский Союз невропатологов и психиатров, выборное руководство которого состояло из психоаналитиков и лиц, поддерживающих развитие психоанализа (председатель Союза — Н. Н. Баженов, секретарь — Н. А. Вырубов, товарищ секретаря — Н. Е. Осипов и др.). С 1910 по 1914 г. выходит журнал «Психотерапия», в котором количество научных работ психоаналитической ориентации возрастает за 4 года с 40 до 90%. Кроме российских врачей в «Психотерапии» публикуются Фрейд, *Адлер* (Adler A.), Штекель и др. Психоаналитические статьи все чаще появляются и в таких периодических изданиях, как «Современная психиатрия» и «Журнал невропатологии и психиатрии им С. С. Корсакова».

В то же время полоса расколов в мировом психоаналитическом движении начала 10-х гг. затрагивает российскую науку. Лишь немногие из российских врачей смогли без оговорок принять сексуальную теорию Фрейда; большинство искали способы отказаться от «пансексуализма», заменить главенство либидо главенством инстинкта самосохранения (Залкинд А. Б.), социального чувства и стремления к божественности (Бирштейн И. А.). К 1912-1913 гг. часть психоаналитиков отошла от

фрейдовского психоанализа к *индивидуальной психологии* Адлера, чья идея органического субстрата психоневрозов была традиционно ближе российской «физиологической» психиатрии, а понятие «комплекса недостаточности» резонировало с одной из центральных идей русской философии — с идеей преодоления человеком собственных границ ради сближения с Богом (Соловьев В. Ф., Бердяев Н. А. и др.). *Аналитическая психология* Юнга особой популярности в России не приобрела.

С 1914 по 1921 г. российский психоанализ переживает латентный период, начало которого связано с Первой мировой войной. В 1914 г. по экономическим причинам закрывается журнал «Психотерапия»; отдельные редкие публикации психоаналитических работ до 1915 г. появляются в «Современной психиатрии». Некоторые врачи оказываются на фронте, другие прекращают клиническую практику (известно, что в военное и послевоенное время научные исследования продолжали М. В. Вульф и Т. К. Розенталь). В 1917 г. умирает В. П. Сербский. В 1919 г. Н. Е. Осипов эмигрирует в Чехию, и с этого времени лидером и координатором российской психоаналитической деятельности становится И. Д. Ермаков.

Постреволюционный период в России характеризуется возрождением интереса к естественным наукам, в том числе к проблемам психологии. Одновременно широко пропагандируется идея социалистического воспитания детей и ранней профилактики невротических заболеваний в целях создания «человека для коммунистического будущего». Над последней проблемой работает Институт мозга в Петрограде под руководством В. М. Бехтерева, где практикуются, в частности, психоанализ Фрейда и гипнокатарсический метод Франка (Frank L.). В 1918 г. В. М. Бехтерев возглавляет Психоневрологическую академию с Детским институтом в составе. Параллельно широко развивается наука о ребенке — педология, возглавляемая П. П. Блонским. Внимание новых руководителей страны и ученых, принявших социальный заказ, обращается и к идеям Фрейда.

В 1921 г. И. Д. Ермаков и М. В. Вульф в целях реабилитации психоаналитического движения создают в Москве «Психоаналитическую ассоциацию исследований художественного творчества». В 1922 г. на основе Ассоциации, при поддержке Главнауки и лично Л. Д. Троцкого и Н. К. Крупской, учреждается Российское психоаналитическое общество (РПО) численностью 14 человек (председатель РПО — И. Д. Ермаков, секретарь — М. В. Вульф). Помимо психоаналитиков «первой волны» в него вошли лица, близкие к высшим кругам власти (Шмидт О. Ю., Блонский П. П.). Работа Общества организуется в двух секциях: медицинской (Вульф М. В.) и педагогической (Блонский П. П.). С этого же года начат выпуск книжной серии «Психологическая и психоаналитическая библиотека», ставшей фактически первой попыткой ознакомить широкого читателя с психоаналитическими проблемами в систематизированном виде. По 1925 г. включительно в серии выходят новейшие труды Фрейда, Джонса (Jones E.), Ференци (Ferenczi S.), Кляйн (Klein M.), Юнга и др. В 1923 г. происходит слияние РПО с Казанским психоаналитическим обществом, созданным годом раньше и возглавляемым А. Р. Лурия. В том же году Международная психоаналитическая ассоциация принимает решение включить российскую группу в свой состав (решение было подтверждено в 1924 г. на Зальцбургском конгрессе).

С 1923 г. основными направлениями работы российских психоаналитиков, находившихся под сильным давлением власти и вынужденных ориентироваться на внутреннюю политику государства, становятся попытки синтеза учений Фрейда и К. Маркса, с одной стороны, и школ Фрейда и В. М. Бехтерева—И. П. Павлова — с другой, с целью создания единой «подлинно материалистической концепции личности». Одновременно продолжают исследования ребенка, направленные на формирование «человека коммунистического будущего». В 1923 г. И. Д. Ермаков организует и возглавляет Государственный психоаналитический институт (ГПИ) с амбулаторией и клиникой; под его руководство переходит Детский дом-лаборатория, открытый в 1921 г. при Московском психоневрологическом институте (с 1923 г. его название дом-лаборатория «Международная солидарность»). В работе ГПИ и дома-лаборатории активное участие принимают М. В. Вульф, И. Д. Ермаков, П. П. Блонский, В. М. Шмидт (жена О. Ю. Шмидта) и др. К этому периоду относится возвращение в Россию С. Н. Шпильрейн и ее попытка включиться в деятельность РПО, не увенчавшаяся, однако, успехом.

Дальнейшие события были определены, с одной стороны, отсутствием ожидавшихся быстрых результатов от работы Детского дома-лаборатории и, как следствие, обилием критики и претензий со стороны вышестоящих инстанций — Главнауки и Наркомпроса; с другой — внутренними проблемами

коллектива ГПИ, в частности недостаточной их профессиональной подготовкой. В 1924 г. ГПИ и дом-лаборатория были административно разделены. В 1925 г. Совет народных комиссаров принимает резолюцию о ликвидации ГПИ в связи с несоответствием результатов работы вложенным средствам. В 1927 г. падает влияние Л. Д. Троцкого, поддерживавшего психоаналитическое движение; эмигрирует в Германию (позднее — в Палестину) М. В. Вульф, и пост секретаря РПО занимает В. Ф. Шмидт. В том же году после двухлетнего перерыва выходит последняя книга в серии «Психологическая и психоаналитическая библиотека» (Волошинов В. Н. «Фрейдизм»: критический очерк). С этого года работа в РПО фактически прекращена; застой усугубляется в 1928 г. началом открытых преследований сторонников Л. Д. Троцкого. Попытки И. Д. Ермакова упрочить позиции психоаналитиков в этой ситуации остаются безрезультатными. В 1930 г. деятельность РПО окончательно прекращена.

Часть бывших психоаналитиков с этого времени работает в качестве педологов (среди них С. Н. Шпильрейн, А. Б. Залкинд). В. Ф. Шмидт уходит на преподавательскую работу в Коммунистическую академию. А. Р. Лурия занимается прикладной психологией. И. Д. Ермаков посвящает время преимущественно психоанализу произведений литературы; со временем его труды теряют аналитическую направленность. В 1940 г. он арестован; в 1941 (по другой версии, в 1942 г.) умирает в концентрационном лагере. Сведения о психоаналитической деятельности в России в период с 1930 по 1988 г. редки и разрозненны, иногда малодостоверны.

Вопреки широко распространенному мнению психоанализ (в 30-е гг.) не был уничтожен в России полностью, и всегда существовали специалисты, в той или иной степени ориентированные на этот метод и в той или иной форме пропагандировавшие его. В частности, следует упомянуть разработки таких ученых, как Ф. Е. Бассин, Л. С. Выготский, А. Р. Лурия, В. Н. Мясищев, В. Е. Рожнов, А. Е. Шерозия и др. И даже когда некоторые из упомянутых авторов критиковали психоанализ, достаточно искушенный читатель понимал, что в ряде случаев это был лишь единственно возможный способ изложить психоаналитическую теорию и практику для профессиональной аудитории.

Специфической особенностью «латентного периода» и формирования «второй волны» психоанализа в России являлось то, что труды Фрейда и его последователей в советский период (в отличие от фашистской Германии) не сжигались, а передавались в так называемые «спецхраны», и таким образом, хотя доступ к ним и ограничивался, он никогда не был закрыт окончательно. В магазинах старой книги можно было приобрести эти работы (изданные на русском языке до 30-х гг.).

С наступлением «перестройки» и провозглашением М. С. Горбачевым лозунга «Разрешено все, что не запрещено», эти работы начинают активно переиздаваться, а те или иные курсы лекций по психоанализу несколько ранее стали возможными даже в учебных заведениях закрытого типа. Например, один из первых курсов лекций по теории психоанализа в 1984 г. в Военно-медицинской академии (Ленинград) был прочитан М. М. Решетниковым. В 1988 г. в Москве создается первая «Российская психоаналитическая ассоциация» (президент — А. И. Белкин). В 1989 г. учреждается «Санкт-Петербургское психоаналитическое общество» (президент — В. В. Зеленский). В тот период времени эти общества были весьма немногочисленными (10-15 человек) и малопрофессиональными, однако они стали точками роста будущего психоанализа в России — именно благодаря им начали устанавливаться и развиваться контакты с зарубежными центрами психоанализа, появилась психоаналитическая литература, переводы и издания современных авторов, были организованы первые семинары по психоанализу с участием ведущих зарубежных специалистов. В последующие годы (отчасти в связи с выраженным идеологическим кризисом) популярность психоанализа в России росла.

Запрос на психоанализ существует в России по настоящее время, что связано как с социальным кризисом, так и с пересмотром некоторых концептуальных вопросов современной российской психиатрии и психотерапии. По имеющимся данным, только за 1985-1995 гг. труды классиков психоанализа и переводы ряда современных работ были изданы в России общим тиражом более 50 млн. экземпляров. Это позволяет говорить о своеобразной моде на психоанализ, сравнимой с ситуацией 30-х гг. в Европе и Америке, где в настоящее время психоанализ стал обычным явлением западной культуры, общественной и терапевтической практики. Вероятно, аналогичный путь пройдет и отечественный психоанализ.

В Санкт-Петербурге создается первый в России Институт психоанализа (ректор — М. М. Решетников, 1991). С 1992 г. в нем реализуются программы систематического 4-летнего цикла



психоаналитического образования, за основу которого были взяты программы Лондонского института психоанализа. В 1994 г. Институт психоанализа переучрежден в качестве «Восточно-Европейского института психоанализа» (ВЕИП). В настоящее время ВЕИП является ведущим методическим центром подготовки психоаналитически ориентированных специалистов и развития психоанализа в России. ВЕИП активно развивает контакты с зарубежными психоаналитическими центрами Америки и Европы; при участии ВЕИП были организованы две международные конференции: «100 лет психоанализа: российские корни, репрессии и возвращение России в мировое психоаналитическое сообщество» (1996) и «Психоанализ, литература и искусство» (1998), в которых приняли участие представители 17 зарубежных стран; в настоящее время в ВЕИП на постоянной основе работают более 30 преподавателей и обучаются около 300 студентов (второе высшее образование). Ежегодно в ВЕИП проводится от 200 до 400 часов лекционных и семинарских занятий зарубежными специалистами, что способствует систематическому профессиональному росту как преподавателей, так и студентов. В 1997 г. ВЕИП лицензирован Министерством образования России в качестве высшего учебного заведения.

Одновременно с появлением ВЕИП начинают переосмысливаться пути развития российского психоанализа и его специфические отличия от западной модели. В частности, было констатировано, что на Западе интеграция психоанализа в терапевтическую и культурную практику осуществлялась на основе общественных институций и в форме преимущественно общественной аккредитации специалистов-психоаналитиков, подготовка которых велась и до настоящего времени проводится большей частью индивидуально с соблюдением большого перечня строгих правил и ограничений. Последнее обстоятельство было подвергнуто обоснованной критике как не способствующее интеграции психоанализа в российскую науку и психотерапевтическую практику, а также — как не соответствующее запросам этой практики, российской культурной и образовательной традиции. Кроме этого было учтено, что в России практически отсутствует традиция общественных институций и общественной аккредитации, что Россия остается страной с практически всеобъемлющим государственным регулированием, особенно в таких сферах, как образование, подготовка и переподготовка, сертификация, лицензирование и аккредитация специалистов, что позволяло оценить западную (историческую) модель как малоадекватную современным российским условиям. Было признано, что попытки некритического воспроизводства в России западной модели развития психоанализа, с одной стороны (с учетом масштабов страны), на многие десятилетия обеспечили бы арьергардное положение российского психоанализа в мировом психоаналитическом сообществе, а с другой — заведомо обрекали бы российский психоанализ на одно из первых мест в одном ряду с представителями так называемой «альтернативной волны», что исходно дискредитировало бы и методологию, и метод.

В середине 90-х гг. психоанализ становится все более популярным среди врачей-практиков и психологов. По инициативе ВЕИП предпринимается попытка реабилитации психоанализа, находившегося под запретом с 30-х гг. Существенную роль в инициации этого процесса сыграли М. М. Решетников и Д. С. Лихачев, которые после ряда безрезультатных попыток решения этого вопроса в различных властных структурах обратились к Президенту России. По поручению Президента РФ была проведена историко-поисковая работа, которая показала реальность репрессий психоанализа (включая конкретных психоаналитически ориентированных специалистов) в России, однако официальных документов запрещающего характера выявлено не было (запрет действовал негласно). В связи с последним юридическим обстоятельством Указ Президента, который первоначально планировался как реабилитирующий, был в итоге назван «О возрождении и развитии психоанализа» (№ 1044 от 19.07.96).

Указ Президента создал в России беспрецедентную ситуацию. Прежде всего он сломал существовавшую более полувека стену отчуждения между все более популярным в России психоанализом и ведущими официальными учреждениями России, без участия которых никакого развития психоанализа в России быть не могло. После выхода вышеупомянутого Указа Президента РФ активизируется работа по реинтеграции психоанализа в российскую науку и психотерапевтическую практику. При Министерстве науки и технологий РФ создается рабочая группа по реализации Указа Президента (председатель — М. М. Кабанов, заместители председателя — А. В. Брушлинский, Б. Д. Карвасарский и М. М. Решетников). В разработке программы приняли участие более 20 ведущих научных центров России, в частности Министерство здравоохранения РФ, Министерство общего и

профессионального образования РФ, Российская академия наук (РАН), Российская академия образования (РАО), Институт психологии РАН, Институт психологии РАО, Институт философии РАН, Институт социологии РАН, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, Государственный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Научный центр психического здоровья РАМН, Московский городской психоневрологический центр, Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова, Санкт-Петербургский государственный университет, Российский государственный университет им. А. И. Герцена, Академическая школа профессиональной психологии, Институт гуманитарного образования и психоанализа и Восточно-Европейский институт психоанализа.

Разработчиками программы было констатировано, что «современный психоанализ составляет основу одного из трех ведущих (классических) направлений в психотерапевтической науке и практике, в частности психодинамического, наряду с когнитивно-поведенческим и гуманистическим», и разработаны конкретные меры по возрождению и развитию российской школы психоанализа.

В декабре 1997 г. целевая межотраслевая программа «Возрождение и развитие психоанализа в России» была принята и утверждена Министерством науки и технологий РФ, Министерством здравоохранения РФ, Министерством образования РФ и Российской академией наук в качестве одного из приоритетных направлений науки и техники по разделу «Технологии живых систем». Программой было предусмотрено проведение ряда системных мероприятий правовой, организационной, образовательной и научной направленности. Сама разработка такой программы явилась существенным шагом по реинституции психоанализа в российскую науку и практику. И хотя в связи с экономической ситуацией в стране финансирование программы было отложено на неопределенный срок, значительная часть ее в настоящее время реализуется на основе внебюджетных источников финансирования. При разработке и реализации этой программы ее авторы и исполнители исходили прежде всего из идей преодоления традиционной замкнутости психоанализа и придания этому направлению в России статуса академической науки с введением государственного образовательного стандарта по этой специальности в целом, так и (отдельно) в области клинической специализации (включая все вопросы практического, т. е. терапевтического, тренинга, персонального анализа, супервизорской подготовки, государственного лицензирования, аккредитации и сертификации специалистов).

В этот же период в России начинают создаваться новые психоаналитические общества и институты психоанализа (первоначально преимущественно в естественным путем сложившихся центрах развития психоанализа в России — в Москве и Санкт-Петербурге). В частности, создается Институт гуманитарных проблем и психоанализа (ректор — П. С. Гуревич), Открытое психоаналитическое общество (президент — Б. А. Еремин), Региональная психоаналитическая общественная организация «Катексис» (президент — А. Г. Попов), общественная организация «Психодинамика» (президент — Э. Н. Потемкина), выпускники ВЕИП организуются в Профессиональное психоаналитическое общество (президент — В. А. Медведев). Созданная еще в советский период Российская психоаналитическая ассоциация реорганизуется в Русское психоаналитическое общество (президент — А. И. Белкин). Организуются Фонд возрождения русского психоанализа и Санкт-Петербургское отделение психоаналитической медицины государственной академии им. Маймонида Министерства образования РФ (президент и руководитель — М. М. Решетников).

Одновременно начинают появляться психоаналитические центры и в регионах РФ. В 1997 г. основные психоаналитические общества России объединились в [Национальную] Федерацию психоанализа (НФП, президент — М. М. Решетников), основными целями деятельности которой является профессионализация психоанализа, создание системы профессиональной информации и структурная организация современного психоаналитического движения. НФП возобновила издание «Психоаналитического вестника» (учрежден Российской психоаналитической ассоциацией в 1991 г.), начала проводить «Летние школы психоанализа», разработала и приняла временный российский стандарт подготовки специалистов в области клинического психоанализа.

В отличие от западной модели в России были исходно разделены два существенных понятия: психоаналитическое образование, которое уже сейчас становится относительно массовым, и

клинический психоаналитический тренинг, к которому после завершения психоаналитического образования обращается не более 5-10% психоаналитически ориентированных специалистов. Такое разделение оказалось продуктивным, и (при всех закономерных трудностях реинституции психоанализа в клиническую практику) в настоящее время психоаналитическое знание уже органически имплицировано в социологию, политологию, прогнозирование, педагогику, рекламу, в деятельность социальных служб и масс-медиа и ряд других смежных дисциплин.

Клинический психоанализ в России исходно рассматривался как одно из направлений в психотерапевтической науке и практике. В соответствии с уже упомянутой выше государственной программой клинический психоанализ признан «специализацией», которую могут получить только врачи-психотерапевты и дипломированные клинические психологи, получившие психоаналитическое образование в одном из имеющих государственную лицензию институтов психоанализа со сроком обучения, как минимум, 3 года, выполнившие нормативы по персональному анализу, собственной практики и ее *супервизии*. Таким образом, действующая модель подготовки психоаналитически ориентированных психотерапевтов и психологов (с учетом их образования, персонального анализа, накопления часов собственной практики и ее супервизии) занимает 6-8 лет. Вероятно, в дальнейшем эта модель будет модифицироваться, постепенно приближаясь к международным стандартам. Были также (в соответствии с мировой практикой) разделены понятия «*психоаналитической психотерапии*» и «психоанализа», но при этом они не дистанцировались друг от друга, а объединялись в едином континууме подготовки специалистов, т. е. психоаналитически ориентированная психотерапия (с низкой интенсивностью сеттинга) рассматривается как возможный первый или переходный этап к психоанализу. При этом выбор — остановиться на уровне стандарта психоаналитической психотерапии или идти по пути международных стандартов психоаналитического тренинга и сеттинга — есть у каждого специалиста. В целом, в решении этих организационных вопросов разработчики и специалисты НФП вполне осознанно ориентировались не на международные стандарты, а на острейшую потребность собственной страны в квалифицированных специалистах. При этом стандарты более высокого уровня не отвергаются, а рассматриваются как ориентиры на будущее.

В настоящее время все эти проблемы активно разрабатываются ВЕИП и НФП. С 1999 г. НФП аффилирована Российской психотерапевтической ассоциацией (президент — Б. Д. Карвасарский).

Главные задачи НФП в настоящее время — объединение усилий психоаналитических обществ и других учреждений психоаналитической ориентации в целях выработки:

- единых стратегических подходов к проблемам общеобразовательной подготовки, клинического тренинга, сертификации и государственной аккредитации психоаналитически ориентированных специалистов, а также законодательное оформление их деятельности;
- создание более эффективной системы профессиональной информации;
- противодействие дискредитации психоанализа, попыткам деятельности вне правового поля и «дикому» психоанализу.

Постепенно в профессиональных медицинских и психологических кругах начинает меняться отношение к психоанализу — если в начале 90-х гг. о психоанализе вообще нигде не вспоминалось, то начиная с 1997 г. практически на всех научных и практических конференциях подчеркивалось его особое значение для психотерапевтической деятельности и психологического знания.

Кроме психоаналитических организаций, учреждений и обществ, входящих в НФП, в России существует несколько неформальных психоаналитически ориентированных групп, однако никакой официальной информации об их структуре, членстве, целях и задачах нет.

В целом современный российский психоанализ находится на этапе своего становления и развития. В настоящее время единственным сертифицированным психоаналитиком Немецкой академии психоанализа (Берлин—Мюнхен) является проф. В. Д. Вид (Институт им. В. М. Бехтерева, Санкт-Петербург). Пока еще рано говорить о какой-либо российской школе психоанализа, которая, по мнению президента НФП М. М. Решетникова, может появиться не ранее 20-х гг. следующего тысячелетия.

**ПСИХОАНАЛИЗ И ЛИТЕРАТУРА.** Многие ключевые понятия философии *Фрейда* (Freud S.) имеют литературное и литературоведческое происхождение. В его произведениях обширно представлены ссылки на Аристотеля, Гёте, Грильпарцера, Гейне, Гофмана, Келлера, Ибсена, К. Ф. Мейера, Ницше, Шопенгауэра, Шекспира, Софокла, Стриндберга, Золя и других писателей. В своих

исследованиях душевных процессов Фрейд вплотную подошел к границам естественнонаучных методов, но, в отличие от многих, не остановился на достигнутом и не стал поспешно объявлять несостоятельным все, что не поддавалось естественнонаучному объяснению. В этом сложном положении он принял неожиданное решение и всю свою дальнейшую жизнь следовал «окольным путем» — путем психотерапевтической реконструкции биографии отдельного человека. В свое время Фрейд заметил, что истории болезни, которые он пишет, читаются как новеллы.

В начале века представители гуманитарных наук не мыслили *психоанализ* вне литературы, к которой психоаналитики обращались в поисках аргументов в пользу своих гипотез. Аналитик и поэт представлялись в известном смысле «коллегами».

Несмотря на то, что литературоведы на первых порах довольно скептически восприняли многие психоаналитические подходы и концепции, последние не могли не привлечь к себе внимание специалистов и со временем стали предметом широкой научной полемики, которая касалась как отдельных *интерпретаций*, так и психоаналитической эстетики и методологии в целом.

В рамках психоаналитической теории возникло несколько моделей творческой личности. Самая известная из этих моделей основана на понятии сублимации, которая первоначально характеризовалась как социально приемлемый способ уклонения от предосудительных влечений (например, гомосексуального характера). Позднее некоторые авторы рассматривали творческие способности и художественное произведение как инверсию или производное от архаического нарциссизма (возвеличенной самости и идеализированного родительского образа); отмечали, что творчество представляет собой своеобразный акт реабилитации, которая контрастирует с сексуальными и агрессивными-деструктивными фантазиями, характерными для раннего параноидно-шизоидного состояния; указывали на роль поощряемой матерью иллюзии всемогущества, когда устраняются возрастные и половые различия, а иногда вообще аннулирует любые различия, придавая идеальные черты и эстетическую ценность объектам анального характера. В рамках последней гипотезы само произведение искусства становится своеобразным фаллическим символом или фетишем. Современные авторы отмечают, что в случае аутентичной сублимации произведение искусства является выражением зрелого идеала Эго, сформировавшегося на основе идентификации с отцом, при этом подчеркивается, что методы психоаналитической литературной интерпретации почти всегда следуют той или иной терапевтической модели.

Однако еще Фрейд уделял равное внимание обоим подходам: а) анализу личности автора (по типу анализа психодинамического процесса терапии), при котором произведение последнего интерпретируется как симптом, б) анализу самого произведения, при котором автор воспринимается как талантливый психолог, в известном смысле коллега интерпретатора. Методика любой литературной интерпретации на основе психоаналитических подходов зависит от ориентации толкователя на личность автора, содержание текста, форму текста или восприятие текста, и одновременно — интерес психоанализа не ограничивается аспектами личности и содержания: психоаналитическому исследованию может быть подвергнут любой воспринятый феномен, в том числе формальные элементы того или иного произведения.

Психоанализ личности художника не ставит своей целью сбор данных, уличающих писателя в аномальности. Речь идет скорее о реконструкции бессознательных структур и причинно-следственных взаимосвязей. Несмотря на целый ряд удачных психоаналитических монографий, посвященных отдельным авторам, с методической точки зрения притязания толкователей, уверенных в том, что психоаналитик может почерпнуть из биографических и автобиографических источников все необходимые ему сведения об авторе, вызывают некоторые сомнения. Психоанализ исследует не внешнюю реальность, а «реальные фантазии», т. е. переживания, находящиеся под влиянием бессознательных или инфантильных фантазий и зачастую резко контрастирующих с объективной реальностью. Поэтому «объективные» (в том числе автобиографические) источники зачастую оказываются бесполезными в ходе реконструкции вытесненного содержания. Перед литературной интерпретацией текстологической направленности стоит другая задача. Исследователь задается вопросом, был ли известен реальному автору подтекст его произведения и связано ли латентное значение текста с динамикой влечений автора. В рамках литературной интерпретации текстологической направленности психоаналитиками уже давно не практикуется популярное некогда весьма вольное

толкование символов. Сам Фрейд лишь на протяжении короткого периода своей научной деятельности использовал понятие символа в том значении, которое до сих пор вкладывают в словосочетание «фрейдистская символика», полагая, что определенные элементы фантазий имеют неизменное бессознательное значение. Начиная еще с 1914 г. Фрейд настойчиво предостерегал психоаналитиков от чересчур упрощенного понимания и толкования символов, указывая на то, что толкование символов конкретного сновидения можно осуществить только с помощью *свободных ассоциаций* самого сновидца, зная все особенности его индивидуальной истории развития, текущего состояния и специфику его комплексов и проблем. Иными словами, не всякий банан, увиденный во сне или введенный в контекст литературного произведения, означает фаллос. Вместе с тем Фрейд допускал, что в области символики, в особенности символики сексуальной, наблюдаются стереотипы, обусловленные культурной средой и представляющие собой уже готовую форму выражения индивидуального бессознательного. Тезис о константном значении символа сохранился сейчас лишь в рамках юнгианской глубинной психологии. В связи с возросшей дифференциацией методов и возникновением в литературоведении течения, ориентированного прежде всего на восприятие и эстетические функции текста, в последнее время наибольшее внимание уделяется психоанализу восприятия литературных текстов.

Значительный вклад в развитие психоаналитической литературной критики внес Лоренцер (Lorenzer A., 1986), который поставил вопрос о правомерности применения методов психоанализа в культурологии и пришел к выводу, что при анализе литературного текста следует использовать не клинический подход и методы, связанные с психоаналитической теорией личности, а психоаналитические методы познания. Процесс терапии формируется под влиянием личности психоаналитика и может динамично меняться. Литературный текст, напротив, имеет неизменную форму, подлежит воспроизведению, а его понимание направлено на изменения в состоянии интерпретатора.

Психоаналитические идеи и взгляды на природу человека привлекли внимание практически всех значительных писателей XX в. И хотя не все из них относились к идеям Фрейда с симпатией, ряд сюжетов и произведения многих авторов свидетельствуют о достаточно близком знакомстве с работами Фрейда. Отношение литераторов к психоанализу иногда было достаточно полемическим (например, Набоков В. В.), но каждый, кто читал «Лолиту», согласится, что почти все авторские открытия уже были сделаны ранее — в психоанализе.

Точки соприкосновения между психоанализом и литературой обнаруживаются не только в тех случаях, когда психоанализ становится литературной темой, а психоаналитик — персонажем романа или фильма, как в «Волшебной горе» Т. Манна или «Кушетке в Нью-Йорке», но и в самой тематической параллельности литературы и психоанализа, которые занимаются целенаправленной реконструкцией человеческих переживаний и поведения в определенных условиях. Литература создает сценарии взаимодействия персонажей, руководствуясь эстетическим принципом оригинальности, предлагая новую развязку или динамику собственных сюжетов. Психоанализ аналогичным образом реконструирует в рамках сотрудничества аналитика и анализируемого возникающие в данных условиях сюжетные схемы, благодаря которым «материал» предстает в новом свете и появляется возможность для дальнейшего развития. Данные параллели позволяют искать тематическую аналогию между процессами психоаналитической реконструкции и современной литературой.

Сам психоанализ является частью целостного литературного дискурса, развитие которого наметилось в эпоху романтизма и продолжается поныне. Несмотря на то, что стремление к обретению научного статуса несколько отдаляет психоанализ от литературного дискурса, элементы литературного творчества, несомненно, играют определенную роль даже на психоаналитических сессиях и в процессе преподавания психоанализа, нередко играющего роль своеобразного психотерапевтического процесса для изучающих этот метод. В некотором смысле психическая жизнь может быть представлена в виде процесса перманентного внутреннего повествования, в котором Эго выступает в роли рассказчика, а бессознательное подсказывает сюжетную линию и формирует метаплан и метамотив повествования.

Психоанализ литературного творчества в России начал применяться еще в начале века (И. А. Бирштейн, И. Д. Ермаков, Н. Е. Осипов и др.) и приобрел широкое распространение среди психоаналитиков «новой волны» (с 1988), в частности, можно упомянуть работы А. И. Белкина, А. И.

Куликова, В. А. Медведева, М. М. Решетникова, С. М. Черкасова и др. Признанием роли России в современном психоаналитическом литературоведении явилось проведение на базе Восточно-Европейского института психоанализа (Санкт-Петербург, 1998) 15-й Международной конференции «Психоанализ, литература и искусство», в которой приняли участие более 120 делегатов из 17 стран Америки, Азии, Африки, Австралии и Европы.

**ПСИХОАНАЛИЗ И ПОЛИТИКА.** Вопрос о том, нужно ли и могут ли психоаналитики участвовать в изучении общественных и политических процессов и каким образом может осуществляться подобное участие, существует с момента возникновения *психоанализа*, впрочем, как и ответ на него. В работах *Фрейда* (Freud S.) указываются два подхода к этой проблеме, в частности: 1) применение психоанализа в целях анализа цивилизации и культуры, которые рассматриваются как специфические структуры, одна из основных функции которых состоит в подавлении асоциальных тенденций поведения в социуме; 2) использование психоанализа в качестве метода изучения конкретных исторических и общественных персоналий, а также (как вариант) для индивидуального анализа, который позволяет устранить симптомы и расстройства отношений, обусловленные бессознательными факторами у тех или иных политических лидеров.

Число психоаналитиков, рискующих выйти за рамки типичной ситуации («из-за кушетки») и представить общественности свое личное мнение по тому или иному политическому вопросу, очень незначительно. С одной стороны, обладание психоаналитическим (неочевидным для большинства) знанием и апелляция к этому знанию при общении с широкой (в отличие от пациента — малоподготовленной) аудиторией всегда опасны для самого аналитика, так как чаще всего при этом он имеет дело с представителями мощных политических структур, комплексы которых вытеснены под давлением различных практических (как правило, эгоистично-корпоративных) интересов и действий. И просвещенное мнение, каким бы авторитетным оно ни было, может оказаться невостребованным. С другой стороны, психоаналитик никогда не может быть уверен, что (в ситуации неконфиденциальности) его знание не будет использовано в манипулятивных и спекулятивных целях.

Тем не менее, несмотря на сложность проблемы, психоанализ как особый способ мышления, познания и прогнозирования социальных процессов начал так или иначе влиять на общественное мнение с момента своего возникновения. Например, современные представления о распространенности и пагубности сексуального насилия над детьми едва ли могли бы сформироваться без апелляции к психоанализу. То же самое можно сказать о проблеме войн и комплексе человеческой агрессивности-деструктивности, о проблеме денег, национального нарциссизма («родового мифа»), персонального лидерства и комплекса неполноценности и др. Одновременно с этим открытия психоанализа постепенно стали косвенно влиять на развитие ряда смежных областей знаний — педагогики, социологии, философии и политологии. Особый вклад психоанализ внес в формирование новых политических понятий, например концепции «взаимных гарантий», согласно которой ни один из участников конфликта не может получить удовлетворения за счет другой конфликтующей стороны и подлинное разрешение конфликта возможно лишь в условиях взаимных гарантий, подразумевающих эмпатическое прояснение тревог другого человека (социальной или национальной группы). Существенную роль в этой области знаний играет анализ проблем, связанных с возникновением и особенностями функционирования такого феномена, как «образ врага», реализуемого преимущественно в форме субъективного «фантазма». Впервые эта и ряд других психоаналитических концепций были успешно апробированы в процессе подготовки Кэмп-Дэвидского соглашения между израильянами и арабами. В процессе этой работы, в которой принимали участие ряд ведущих психиатров и психоаналитиков США, было установлено, что межнациональные конфликты в ряде случаев развиваются по «паранойальным» сценариям, а их предотвращение и коррекция возможны лишь при искусном использовании современных психотерапевтических техник и лишь в процессе достаточно длительной социальной терапии (наряду с другими «терапевтическими», включая экономические, факторами).

В вопросе о психоанализе и политике всегда следует учитывать их влияние друг на друга. При соприкосновении с основным вопросом философии (материи, сознания и психики) мы неизбежно оказываемся в плену господствующей идеологии и общественного устройства (и психоаналитик не свободен от них, так же как и любой другой гражданин). В этом смысле советская психотерапия и

психиатрия были безусловно эффективны, но лишь применительно к тем социально-политическим условиям, в которых они существовали.

Изменения в общественном сознании оказали значительное влияние на развитие психоанализа, психоаналитических теорий и терапевтических методов. Многие теории, имеющие ключевое значение для современного психоанализа, не могли возникнуть во времена Фрейда, поскольку в те годы эти идеи вообще не «носились в воздухе». Понятие политического психоанализа несет двойную смысловую нагрузку. С одной стороны, речь идет о психоанализе политики, предметом которого является объяснение бессознательных фантазий и иллюзий, связанных с политической и общественной жизнью, с другой стороны — и это часто упускают из вида — о политике психоанализа, т. е. о том, в какой мере психоаналитические теории являются частичным отражением и констатацией текущего состояния общественного сознания или выходят за рамки общественного сознания и характерных для него защитных механизмов, и таким образом могут объяснять данные явления. Плодотворное развитие политического психоанализа и психоаналитической мысли в целом возможно лишь в том случае, если психоаналитики смогут ответить на данный вопрос, однако для этого им необходимо изучать как общество, в котором существует психоанализ, так и влияние этого общества на сам психоанализ.

Политический психоанализ имеет давнюю традицию и включает в себя как культурологические статьи Фрейда, так и его переписку (в частности, с А. Эйнштейном — «Почему война?»), а также работы Фенихеля (Fenichel O.), Райха (Reich W.), традиция которых активно поддерживается в современной аналитической психологии. В России первые работы в этой области принадлежат А. И. Белкину и М. М. Решетникову (последний автор также известен как один из пионеров применения психоаналитических методов в политическом менеджменте, проведении избирательных кампаний, референдумов и т. д.).

В последние годы все более очевидным становится тот факт, что смысл психоаналитической нейтральности не заключается в том, чтобы держаться в стороне, сохраняя иллюзию собственной «объективности», а подразумевает готовность вступать в плодотворные контакты со смежными областями знаний и практики, одновременно избегая какой бы то ни было политизации метода и теории.

**ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ОБУЧЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА.** В ранний период становления *психоанализа*, когда его применение исчерпывалось деятельностью *Фрейда* (Freud S.) и нескольких его последователей, требования, касающиеся подготовки кандидатов в психоаналитики, были невелики. Беседы со своими учениками в то время Фрейд считал достаточной формой учебного анализа. Он же отмечал ограничивающее влияние психологических «белых пятен» аналитика на эффективность психотерапевтической работы. В этот период Фрейд был сторонником постоянного *самоанализа* для аналитика, однако в последующем вынужден был признать трудности, вызываемые *сопротивлением* самопониманию. В 1910 г. Фрейд в письме к Ференци (Ferenczi S.), с которым работал как психоаналитик, просил извинения за то, что не сумел преодолеть *контрперенос*, помешавший ему осуществить адекватный анализ. Далее он отмечал, что психоаналитику не следует обсуждать с больным свой врачебный опыт и профессиональные недостатки, а также посвящать его в подробности своей личной жизни.

Однако с самого начала Фрейд признавал потребность предварительной терапии каждого психоаналитика. В эти же годы он указал на необходимость трехмесячного анализа для будущего аналитика. Требование тренировочного анализа обосновывалось важностью достижения *инсайта* неосознаваемых эмоциональных проблем и бессознательных конфликтов, преодоления сформировавшихся под их влиянием нежелательных стереотипов переживания и поведения. Тем не менее эту первую П. м. о. п. Фрейд расценивал как возможность открытия аналитику своего бессознательного, анализу же придавалось меньшее значение. Именно поэтому он считал тогда, что такой вступительный этап позволит далее аналитику провести самоанализ. Однако эти его представления не получили развития в П. м. о. п.

Первые официально установленные принципы обучения были объявлены в 1924 г. в Берлине на конгрессе психоаналитиков. В его решениях указывалось, что продолжительность личной тренинговой терапии должна составлять не менее 6-12 месяцев. Но уже в 1928 г. Ференци констатировал, что тренинговый анализ ничем не должен отличаться от лечебного, только должен быть глубже и

продолжительнее. Первоначально акцент делался на анализе личности психотерапевта и его работе с пациентами. В ранний период формирования П. м. о. п. возникла дискуссия между Венской и Венгерской школами психоанализа по поводу учебного и лечебного *тренинга*. Представители психоаналитического института в Вене настаивали на том, что личный аналитик обучающегося психотерапевта не должен осуществлять *супервизию* при терапии своих первых пациентов. Обосновывали они эту позицию полезностью для обучающегося иметь разные мнения от ведущих отдельно лечебный и учебный тренинг. Любые личностные вопросы, возникающие в период супервизии, адресовались аналитику психотерапевта. В Венгерской школе психоанализа считали, что иррациональные чувства психотерапевта относительно пациента должны рассматриваться в процессе тренингового анализа тем же аналитиком. Дискуссия закончилась согласием с позицией венских психоаналитиков. По мере развития психоанализа, увеличения срока лечения больных возрастали и требования к обучению. В 1932 г. на конгрессе психоаналитиков в Висбадене был образован Международный тренинговый комитет и установлена продолжительность личного анализа в течение не менее 1,5 года с последующим проведением *психоаналитической психотерапии* не менее 2 больных под контролем *супервизоров*. В 1947 г. Лондонский институт психоанализа определил длительность обучения — не менее 4 лет личного тренинга, а затем проведение 2 больных в условиях супервизии и теоретической учебы в течение 3 лет (последняя могла осуществляться одновременно с предыдущими формами обучения). В 1937 г. Фрейд предложил повторять личный анализ психотерапевта каждые 5 лет. Но эта рекомендация обычно не соблюдалась, возможно, из-за того, что тренинговые анализы стали намного продолжительнее и — как следствие этого — более тщательными. Однако повторные личные анализы и в настоящее время встречаются среди аналитиков, особенно если они ощущают трудности в своей работе или вне ее. Обучающийся психоаналитик может выбирать и менять своих учителей. В автобиографической книге *Перлса* (Perls F. S.) «Внутри и вне помойного ведра» автор упоминает нескольких аналитиков, проводивших с ним анализ (5 раз по 50 минут в неделю в течение 4 лет), в частности Райха (Reich W.), а также руководителей его теоретического образования (Хорни (Horney K.); Фенихель (Fenichel O.); Дойч (Deutsch H.) и др.). Первый Российский государственный психоаналитический институт был закрыт по идеологическим мотивам в 1925 г. На протяжении последующих десятилетий упоминание о психоанализе в литературных источниках допускалось лишь в критическом плане, доступ в библиотеках к работам Фрейда и его последователей был ограничен, отсутствовали психоаналитическая практика и преподавание психоанализа.

В условиях общественных и политических перемен в жизни страны в 1988 г. была основана Российская психоаналитическая ассоциация, а в 1991 г. учрежден первый в России Институт психоанализа (в 1994 г. он был переучрежден в качестве Восточно-Европейского института психоанализа) для подготовки специалистов в области философского, клинического и прикладного психоанализа (4-летний курс на базе высшего образования). За основу образовательных программ Восточно-Европейского института психоанализа были взяты программы Лондонского института психоанализа.

В 1994 г. в соответствии с принципами Международной психоаналитической ассоциации совместным решением Российской психоаналитической ассоциации Восточно-Европейского института психоанализа, Фонда возрождения Русского психоанализа и Государственного отделения психоаналитической медицины был установлен «Российский стандарт подготовки (сертификации) психоаналитиков». Этот стандарт определяет:

- 1) наличие предшествующего высшего образования;
  - 2) как минимум 4-летний курс теоретической и практической подготовки, включающей не менее 1132 часов инструктивных занятий (для клинических аналитиков — плюс дополнительный 2-летний курс);
  - 3) как минимум 100 часов личного анализа;
  - 4) опыт (описание) как минимум двух собственных случаев (одного короткого и одного пролонгированного), проработанных как минимум в течение 100 часов с одним или двумя обучающими аналитиками (супервизорами);
  - 5) наличие как минимум 300 часов собственной супервизорской практики.
- Для аналитика-супервизора дополнительными требованиями является как минимум 5-летний



стаж психотерапевтической аналитически ориентированной практики.

В Москве открыт Институт гуманитарного образования и психоанализа Академии гуманитарных исследований (обучение платное). Институт готовит специалистов по следующим направлениям: психоанализ (клинический, теоретический, прикладной и детский); психологическое консультирование, семейное и индивидуальное консультирование, социальная работа). Срок обучения: 5 лет на базе среднего образования; 3 года на базе высшего (медицинского и психологического) образования. В Москве также открыто психоаналитическое отделение в Высшем психологическом колледже при Институте психологии РАН. Это отделение имеет программу подготовки, рассчитанную на 2 года дневного обучения по 24 аудиторных часа в неделю и включает 3 блока:

- 1) общая психологическая подготовка;
- 2) теории современной психотерапии, куда входят курсы общей и частной психоаналитической психотерапии;
- 3) психотерапевтическая практика — личный клиентский опыт, работа в психотерапевтической мастерской и др., супервизия.

В 1997 г. создана Федерация психоанализа России. В этом же году была разработана (с одобрением Комитета Международной психоаналитической ассоциации) теоретическая программа обучения Рабочей группы по образцу нескольких институтов психоанализа США и Германии в течение 5-летнего срока.

См. также *Психоанализ в России*.

**ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** В качестве синонимов П. п. в современной литературе используются такие понятия, как «психодинамическая психотерапия», «инсайт-ориентированная психотерапия», «эксплоративная психотерапия».

Хотя некоторые психоаналитики, отмечает Куртис (Curtis H. C., 1991), придерживаются того мнения, что *психоанализ* невозможно четко отграничить от П. п., кроме как по таким количественным факторам, как число сессий, регулярно проводимых по расписанию на протяжении установленного срока, и большая продолжительность, однако, сравнивая их по качеству процесса, можно установить существенные различия. Учитывая, что эти различия могут быть размыты на границе, где интенсивная психотерапия способна приобрести некоторые описательные и качественные характеристики психоанализа, все же сохраняются различия в значении опыта пациента и характера интеракции между пациентом и аналитиком, а также в технических вмешательствах, которые являются результатом этого опыта. Некоторые из различий могут быть связаны с соответствующими целями этих двух терапевтических вмешательств, в особенности при переходе из пограничной зоны на участок, отведенный каждому из методов.

Сами названия указывают на один важный параметр: терапия, а не анализ. Хотя совершенно очевидно, что эти две категории не являются взаимоисключающими, кроме, быть может, того, что в крайних точках данного спектра целью терапии является акцент на смягчение, облегчение, адаптацию и возобновление функционирования. Те же явления возникают и при анализе, но они не рассматриваются как конечные пункты и подвергаются дальнейшей эксплорации для определения их значения и функции, так как акцент перемещен на достижение другой цели — повышение самопознания и способности постоянно расширять *осознание* внутренней психической жизни. Для того чтобы этот процесс начался, установился и сохранялся, требуется специальное сочетание технических мер, создающих психоаналитическую ситуацию. Эти технические приемы включают: использование *свободных ассоциаций*, охватывающих всю психологическую сферу, а не целенаправленное обсуждение; положение лежа; регулярно назначаемые приемы 4-5 раз в неделю; позицию аналитика, выражающую эмпатическую объективность, терпимость и нейтральность относительно реакций пациента; воздержание от участия во внеаналитической жизни пациента или в его поступках, выражающих *перенос*; реагирование на проявления переноса разъяснением и *интерпретацией*. На разных этапах эти элементы могут варьироваться (сочетаться по-разному), но они формируют относительно постоянную конфигурацию, приводящую к возникновению ранее неосознаваемых или не вполне понимаемых мыслей, чувств и фантазий, которые становятся более доступными для *инсайта*, модификации и интеграции в зрелую личность.

Всякое изменение или несоблюдение любого из элементов психоаналитической ситуации может

значительно повлиять на характер продуцируемого пациентом материала и на качество интеракции с аналитиком. Особенно это относится к влиянию на две центральные динамические силы — перенос и *сопротивление*, анализ которых может быть затруднен вследствие отклонения от оптимального равновесия указанных основных технических характеристик. Выборочное изменение в этом сочетании поз и процедур может содействовать либо плохому анализу, либо хорошей психотерапии, поэтому крайне полезно иметь четкое представление о человеческой психике и последствиях для пациента от конкретного подхода, а также о технических вмешательствах, чтобы подобрать соответствующую форму психотерапии, которая окажется наиболее эффективной в достижении целей пациента.

Главный вклад психоанализа не только в психотерапию и в область психиатрии, но и в медицину в целом — это психодинамический способ мышления. Он означает учет влияния бессознательных психических сил, взаимодействующих динамически с процессами защиты, аффекта и мышления для достижения приспособляемости, большей или меньшей адаптации. Понимание природы и значения этих процессов помогает выбрать лечение, соответствующее потребностям и возможностям пациента, и осмыслить уникальные, подверженные изменениям решения и компромиссы, к которым приходит каждый человек. Такая широта охвата этого внутреннего мира порывов, чувств и фантазий с одновременной терпимостью и увлеченностью позволяют выслушивать, узнавать и, возможно, резонировать с другим человеком способами, которые сами по себе являются терапевтическими.

Проводя различие между психоанализом и П. п., следует подчеркнуть, что это делается с целью обеспечения научной и практической системы, в рамках которой может быть осуществлен информированный выбор оптимальной формы психотерапии. Действительно, с сугубо практической и терапевтической точек зрения необходимость разработки увеличивающихся научных и утилитарных форм применения психотерапии приобретает первостепенное значение. Роль психоанализа в этом поиске аналогична лабораторному исследованию в открытии принципов, которые могут послужить базой дальнейшего развития и практического использования психотерапии в широком масштабе. Поэтому надлежащим образом примененная психотерапия не должна считаться чем-то второсортным или всего лишь выходом, продиктованным пределами реальности. Практика показывает, что тщательно подобранная форма психотерапии может быть лучшим лечением при определенных формах психопатологии.

Концепции конфликта и компромисса являются отражением универсальных психических процессов, представляющих собой усилия, направленные на достижение некоторого равновесия, удовлетворяющего желания и запросы всех аспектов психики. Симптомы, черты характера, сновидения, перенос — все это компромиссы различной степени сложности, выражающие элементы желания, защиты и наказания. При любой форме психотерапии, как и в любом человеческом общении, существует потенциал для изменения формы компромисса в зависимости от некоторой трансформации относительной силы различных компонентов. Как в спонтанных, непреднамеренных социальных взаимоотношениях, так и при научной, планируемой психотерапии человек, болезненно, с трудом идущий на компромиссы, может использовать взаимодействие, чтобы чувствовать себя более удовлетворенным, менее тревожным, в безопасности, освободившимся от вины или, наоборот, осуждаемым, наказанным, обездоленным и т. д. В любом случае существовавшие ранее симптомы, черты, препятствия могут стать более или менее интенсивными, могут исчезнуть или быть заменены. *Фрейд* (Freud S.) имел в виду этот феномен, когда говорил, что больше пациентов исцелилось благодаря религии, чем будет когда-либо вылечено психоанализом. Если психотерапевт воспринимается как хороший родитель, оказывающий поддержку, приносящий утешение, чувство безопасности, прощающий и многое позволяющий, то баланс между компонентами компромисса может меняться, часто в сторону облегчения симптомов; или же врач в состоянии мобилизовать пациента и помочь ему использовать имеющиеся психические резервы или тенденции, в результате чего достигается новое и более адаптивное равновесие. При интенсивных, экспрессивных формах психотерапии, частых и продолжительных, личное взаимодействие пациента и психотерапевта создает уникальную возможность нового опыта человеческих отношений. Более эффективные формы поведения могут быть усвоены методом проб и ошибок в более безопасной и разрешающей атмосфере лечения, а когда они интегрируются благодаря идентификации с психотерапевтом, это может привести к стойким личностным изменениям.

Все вышеописанные перемены и модификации происходят также и в психоанализе. Дополнительный фактор, обеспечиваемый анализом, заключается в распространении *осознания* на глубинные сферы конфликта, при этом импульсы и защитные формы детского периода подвергаются неоднократным исследованиям и модификациям, прорабатываемым с помощью более зрелых, объективных и аффективных психических процессов. Отбор пациентов для специфического психотерапевтического подхода зависит от оценки их потребности и способности инициировать различные процессы изменения. Одной из характеристик, благоприятных для психоанализа, является осознанность страдания или неудовлетворенности наряду с желанием понять себя посредством самонаблюдения. Это обычно ассоциируется с толерантностью к фрустрации и хорошим контролем. В этом плане обнадеживает способность к продуктивной работе и поддержанию отношений с окружающими, а также наличие чувства юмора и метафоричности мышления. Как правило, острые кризисы в текущей жизненной ситуации не помогают широкому, последовательному саморефлексивному методу анализа.

Руководствуясь этим набором характеристик как моделью, можно составить портрет пациента, для которого лучшим вариантом будет П. п. Переворот и кризис являются показаниями к поддерживающим, направленным на разрешение проблем мерам, по крайней мере до тех пор, пока не наступит состояние относительного контроля и спокойствия, позволяющее оценить возможности индивида. Трудности с контролем и фрустрационной толерантностью, нередко очевидные из проблем, возникающих в работе и взаимоотношениях, являются основанием для рекомендации поддерживающей, образовательной терапии. Ограниченность способности к рефлексии собственных мыслей, чувств и поведения часто проявляется в отказе пациента от предложения заняться самонаблюдением. Это ограничение говорит в пользу поддерживающего и директивного типа психотерапии, а не направленного на инсайт и разрешение конфликта.

Решающую роль могут играть факторы времени, места и стоимости психотерапии. Помимо этого, различные сочетания описанных качеств, присущих двум главным видам психотерапии, могут продиктовать промежуточную форму психотерапии, объединяющую экспрессивные и поддерживающие черты.

Для иллюстрации этих принципов и того, как психотерапия может избирательно использовать некоторые аспекты психоаналитической теории и техники, чтобы соответствовать в лечении специфическим потребностям пациента, Куртис сначала описывает случай с применением психоанализа, а затем приводит пример П. п.

Первая пациентка — обладающая высоким интеллектом 25-летняя женщина, работник эстрады, — несмотря на рост успеха и признания, стала испытывать чувства депрессии, раздражительности и напряженности. Кроме того, за последнее время она усомнилась в своей очень активной сексуальной жизни, отмеченной частыми победами над мужчинами, которых встречала на своем артистическом пути. Эти проблемы, по-видимому, совпали по времени с одной довольно бурной связью с человеком, которого она соблазнила и с которым у нее позже начались серьезные отношения. Ее сексуальные победы переживались как случайные и приносили удовлетворение скорее ощущением власти над мужчинами, чем в строго сексуальном аспекте. В то время как ее любовные отношения были средством, помогающим ее карьере, у нее не было такого чувства, что ее используют, скорее она полагала, что использует мужчин для своих целей.

Присущий ей здравый смысл говорил ей, что мужчина, с которым она связана, обладает высокими качествами во всех смыслах и является достойным кандидатом для вступления в брак, что было ее конечной целью. И тем не менее она никогда не чувствовала себя с ним вполне свободно и против собственной воли насмехалась над ним и не доверяла ему. Поняв, что она в опасности и может потерять его, и, что особенно важно, ощущая какую-то извращенную потребность отталкивать его, она стала искать помощи в анализе.

В привычной ей манере она начала анализ энергично, как будто намеревалась побороть болезнь или одержать победу в сражении с психоаналитиком. Такая установка приносила ей пользу в течение нескольких месяцев, пока она исследовала свою историю и поведение во всех подробностях. Хотя она и почувствовала, что может лучше контролировать себя и более широко взглянуть на себя, но понимала, что реальное осознание и изменение ее непонятного поведения все еще недоступно ей. Затем наступил

период повышенного интереса к психоаналитику и его личной жизни, и она с удовольствием и вместе с тем с завистью приписывала ему разнообразные специальные знания и достижения. Эти чувства вскоре приобрели эротическую окраску, и в ее поведении сперва скрыто, а затем явно стало проявляться желание обольстить врача.

Когда это желание стало преобладать, она часто теряла из виду цель своего анализа, и психоаналитик указал ей на сходство ее поступков в процессе лечения с характерным стремлением соблазнить и завоевать каждого значимого для нее мужчину. Затем он высказал предположение, что это вполне понятно, что у нее будет желание прибегнуть к испытанному способу преодоления тревоги, когда придется столкнуться с новыми, угрожающими ситуациями во время анализа. Такое разъяснение, повторявшееся и развивавшееся в течение нескольких недель, привело к заметному изменению ее поведения. Ей стали сниться беспокойные сны (за ней гонятся или на нее нападают), потом она стала бояться посещать аналитические сессии и, входя в офис, испытывала тревогу и застенчивость. Она начала одеваться более консервативно, и поведение ее стало менее вызывающим. Заметив, что стала часто краснеть, она сказала, что чувствует себя как испуганная девственница.

Такая разительная перемена — от смелой обольстительницы до испуганной девственницы — была истолкована психоаналитиком как появление невроза переноса, т. е. как регрессивное и дистоническое выражение аспектов отгоняемых фантазий детства, теперь сфокусированных на психоаналитике в возрожденной и вместе с тем измененной форме. Это аффективное переживание ни в коем случае не идентично с тем, что было в детстве, поскольку последнее подверглось развитию и трансформации и теперь происходит и запечатлевается в личности взрослого человека, являющегося партнером в подлинно терапевтических отношениях. Тем не менее следует особо отметить, что обе главные темы и специфические взаимоотношения в детстве могут быть сближены и аффективно пережиты заново.

Степень и характер невроза переноса могут широко варьироваться «от пациента к пациенту». У некоторых это яркое, захватывающее переживание, трудносдерживаемое в рамках анализа, приводящее к отреагированию или бегству. У других оно выражается как бледное, ослабленное — «то оно есть, то нет его» — переживание, сдерживаемое в безопасных пределах защитными механизмами личности, работающими слишком хорошо. Эти проявления точнее было бы называть феноменами переноса, чем неврозом переноса, что предполагает более организованную, устойчивую психическую структуру. Иногда узнавание невроза переноса может быть задержано или затемнено из-за сильного проявления защитного аспекта упрямства или апатии, а не более характерных качеств энергичного порыва и аффекта. В других источниках информации, таких как сны, фантазии, воспоминания, или, что часто более важно, в эмпатических реакциях или *контрпереносе* психоаналитика эти состояния сопротивления могут рассматриваться как элемент невроза переноса, чем более выражение проявляются эротическое или гневное состояния. Концептуально они представляют собой то, что А. Фрейд (Freud A.) называла переносом защиты, поскольку они происходят от защитных механизмов, возникших в попытках ребенка установить равновесие и контроль в отношении угрожающих импульсов.

В случае с описываемой пациенткой тревожное состояние, при котором прерывается дыхание и человек краснеет, исследовалось не только с помощью сновидений и ассоциаций пациентки, но и с помощью эмпатических реакций психоаналитика. Образ «испуганной газели» и ощущение нетерпения в реакции психоаналитика были ключевыми положениями, предполагающими, что пациентка борется с мазохистической фантазией, в которой врачу отводится роль нападающего садиста. Результатом нескольких различных версий данной интерпретации стали все более четкие проявления этой фантазии в снах и осознаваемых образах.

С возникновением воспоминаний и элементов сновидения, связанных с конкретным домом, в котором пациентка жила в пятилетнем возрасте, можно было начать интерпретацию генетических связей и реконструировать более целостную картину развития ее невроза. Например, она признала, что переживаемое ею тревожное чувство во время аналитической сессии было идентично чувству страха в детстве, возникшему у нее вскоре после того, как она несколько раз была свидетельницей сексуального контакта родителей. Сперва это выражалось в том, что она начала бояться отца, стала убегать от него в тревоге и волнении, когда он возвращался домой, что заставляло его гнаться за ней. Это — хороший пример формирования компромисса в форме симптоматического действия: ее тревожное бегство

провоцировало отца на погоню за ней. Интересно, что старания пациентки найти более удобное разрешение своего конфликта по поводу мазохистических ошибочных концепций о сексуальной роли женщины приняли не просто невротическую, но более сублимированную форму. Будучи ребенком и испытывая чувство страха и изоляции, она часто предавалась романтическим фантазиям и разыгрывала роль героини знакомых сказок и историй. В юношеском возрасте она поборолась в себе застенчивость и тревожность и участвовала в школьных спектаклях, что привело ее на эстраду. Сценическая деятельность все более удовлетворяла и поглощала ее. Сперва она избавилась от тревожных чувств, а позже у нее выработалась защита от страха — переход, сделавший игру на сцене более переносимой. Однако одновременно с этими переменами у нее развилась контрфобическая сексуальная неразборчивость, что и привело ее к психоанализу.

Это сжатое изложение пятилетнего анализа может послужить парадигмой ряда дополнительных трансферентных тем, которые были разработаны и исследованы: соперничество со старшим братом; ненависть к отцу, недостаточно любившему ее; идентификация с матерью-жертвой, которая в ответ на мучения могла садистски властвовать над мужчинами, — все это было проработано и соотнесено с ее потребностью соблазнять мужчин. Связи с мужчинами, углублявшие ее тревожную депрессию, не могли поддерживаться долго; и только на позднем этапе анализа, после достаточной проработки переноса, у нее начались отношения, которые в итоге привели к замужеству. Этот период был особенно плодотворным аналитически, поскольку требовалось тщательное изучение ее чувств в переносе в сопоставлении с растущей способностью понять и следовать до конца своим зрелым сексуальным целям, которые теперь обретали свободу.

Важным признаком этой краткой и сжатой истории болезни является выбор пациента с различным интрапсихическим конфликтом в сочетании со структурой личности с хорошими адаптивными способностями, при условии устойчивой, безопасной терапевтической обстановки, позволяющей использовать свободные ассоциации, чтобы добраться до психических смысловых эпизодов и процессов, от которых до этого пациентка отгораживалась. Обычно это связано с тревогой по поводу регрессии и потери контроля, что ведет к опоре на знакомые симптомы и защитные механизмы и закреплению на них как на первой линии обороны. Необходимо разъяснение, помогающее пациенту уяснить некоторые стереотипы и значения этих привычных форм поведения. По мере того как эти стереотипы становятся менее автоматическими и более дискомфортными, более отчетливыми станут проявления переноса. Это будут выражения ранее подавляемых чувств и фантазий детства. Переживание, наблюдение и понимание этой смеси возрожденных и реактивных способов проявления противоречивых стремлений теперь станут центром анализа, и подход к ним осуществляется с помощью интерпретации и реконструкции их происхождения.

В качестве противопоставления Куртис приводит пример психоаналитической терапии с использованием отдельных аспектов психоанализа, но со значительными отличиями.

Некоторые пациенты по причинам, обусловленным реальной действительностью и психопатологией, не соответствуют показаниям для психоанализа. Это может потребовать творческой комбинации техник, которая обеспечивала бы поддержку и какой-то новый интерперсональный опыт, благодаря чему могли бы быть повышены самооценка и инсайт. Не создавая доступа к бессознательным динамическим и генетическим факторам, работа в течение длительного времени с производными этих обуславливающих элементов способствует личностному росту и пониманию себя.

Одним из таких пациентов был 28-летний стажер университета, трудности которого заключались в социальной тревоге, пренебрежительном отношении к учебе и приступах депрессии. Его работа над диссертацией задерживалась этими симптомами, и несколько раз он был на грани отчисления. У него были приятели-мужчины, разделявшие его интеллектуальные и музыкальные интересы; вел он довольно изолированный образ жизни. Его сексуальная жизнь ограничивалась связями с четырьмя или пятью женщинами, с которыми ему удавалось устанавливать не более чем удовлетворительные сексуальные отношения, без настоящей близости. Он потерял надежду найти женщину, которая захотела бы выйти за него замуж, так как сознавал, что его тревога и недоверчивость могут вызывать отчуждение.

Как и следовало ожидать, ему стоило большого труда прийти на лечение. Его тревога, имевшая оттенок настороженности и недоверия, являлась непосредственным препятствием для психотерапии, а

также главной, давней проблемой. Иногда он мрачно шутил по ее поводу, и это убедило психоаналитика в том, что эта его черта не достигла степени параноидальных расстройств. Учитывая чувствительность и сдержанность пациента, психоаналитик пришел к выводу, что наибольшую пользу ему принесет интенсивная, долговременная психотерапия, которая даст ему возможность понять и преодолеть свой страх, что его поймут в ловушку или унижат. Психоаналитик предложил, кроме того, испытательный срок, по истечении которого пациент, если увидит, что не доверяет врачу, вправе прекратить лечение. Этот «запасной выход» создавал у пациента некоторое ощущение безопасности, тогда как рекомендация психоаналитика относительно интенсивной психотерапии убедила его в том, что он нуждается в помощи.

Работа началась по расписанию. Два раза в неделю пациент и психоаналитик сидели лицом к лицу, исследуя как ежедневные переживания больного, так и его реакции на психоаналитика и психотерапию. Первые несколько месяцев были явно испытательным периодом, в течение которого пациент искал, а иногда и находил подтверждение своим сомнениям относительно намерений психоаналитика или способности помочь ему; врач же особенно старался следить за своими внутренними ощущениями и реакциями, сознавая чувствительность пациента. Ошибки психоаналитика и неверное понимание подвергались честному обсуждению не только для того, чтобы прояснить их, но и для того, чтобы понять их восприятие пациентом. Психоаналитик отвечал на вопросы пациента о своем отпуске, декоре офиса, автомобиле и т. д., но если считал вопросы слишком личными или если ответ на них мог бы помешать психотерапии, то говорил пациенту об этом. Тот обычно улыбался и соглашался.

Эффект после первых шести месяцев такой работы выразился в постепенном ослаблении настороженности пациента. Он чувствовал большую уверенность в том, что психоаналитик не позволит себе выпадов против него, не попытается использовать его слова против него и доминировать над ним. Теперь он мог раскрывать перед психоаналитиком некоторые свои секреты, фантазии и болезненные воспоминания детства. Возросшее доверие к психоаналитику, основанное на опыте отношений с ним в процессе открытого исследования и понимания происходящих в рамках этого опыта событий, еще больше усилилось благодаря тому, что теперь пациент связывал свою недоверчивость с травмами и обидами, которые он вспомнил. Поскольку психотерапевтический подход не продуцировал материал, который выявил бы проекции и трансформации его травматических переживаний, психоаналитик довольствовался созданием связной картины его жизни вплоть до настоящего времени. Симптоматическое улучшение, возросшая уверенность в своих силах — все это дало возможность пациенту завершить диссертацию. Его отношения с женщинами стали свободнее и более близкими, и он, по всей видимости, намеревался жениться, когда психоаналитик говорил с ним в последний раз.

Эта терапия продолжалась три года и состояла из двух главных элементов. Первый — это то, что Бибринг (Bibring E., 1954) называл «эмпирической манипуляцией», при которой пациенту предоставляется возможность в рамках лечения и вне его получить новый опыт, способный оказать мутационный эффект. Это осуществимо при разрешающей, поощряющей атмосфере терапии и с помощью переноса. В данном случае перенос не анализировался, как при психоанализе, хотя опыт переноса обсуждался и использовался для того, чтобы прояснить способы, с помощью которых пациент может строить свои отношения с психотерапевтом и другими людьми.

Второй технически важный элемент — выяснение стереотипов поведения пациента и их происхождения от прошлых влияний, обусловленных развитием. Такая реконструкция отличается от проводимой при психоанализе тем, что в ней отсутствует параметр бессознательного конфликта и фантазии, явно интегрированной в этот конфликт. Тем не менее реконструкция может обеспечить ощущение постоянства и устойчивости и понимание себя, что оказывает стабилизирующий эффект.

На основании рассмотренных психоаналитических принципов и концепций психического функционирования и представленных клинических примеров Куртис дал некоторые основополагающие технические рекомендации для П. п.:

- 1) определи решающие динамические вопросы с целью локализации и ограничений предпринимаемых терапевтических действий;
- 2) не касайся аспектов личности, не имеющих близкого отношения к центральной проблеме;
- 3) фокусируй внимание на текущих взаимоотношениях пациента и защитных механизмах

личности;

- 4) поддерживай адаптивные навыки и ресурсы пациента;
- 5) создай устойчивую, восприимчивую атмосферу поддержки и уважения;

6) поощряй более адаптивные способы устранения болезненных симптомов посредством новых перемещений и идентификаций.

На этапе, когда пациент проявит стойкое улучшение, должен быть рассмотрен вопрос об окончании лечения. Ограниченные цели психотерапии требуют, чтобы регрессия к зависимости от психотерапевта контролировалась с помощью поддержки и поощрения у пациента стремления к самостоятельному поведению. Доказательства возросшей способности независимо функционировать должны быть признаны в качестве достижения, заслуживающего уважения, желание больного прекратить лечение обычно сопровождается тревогой, которая может быть снижена признанием и верой психотерапевта в способность пациента сохранять достигнутое улучшение.

См. также *Динамическое направление в психотерапии, Классический психоанализ.*

**ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПО КЕРНБЕРГУ.** Теория объектных отношений — общий термин, обозначающий специальный подход в психоанализе, который рассматривает метапсихологические и клинические вопросы в свете динамики интернализованных объектных отношений. Утверждается, что фундаментальным мотивом жизни является потребность человека в установлении удовлетворяющих его взаимоотношений, и в этом смысле людей можно рассматривать как искателей объектов, которые обеспечат им желательные связи. С позиций этой теории психический аппарат зарождается на самых ранних этапах интернализации объектных отношений. Стадии развития интернализованных объектных отношений, а именно: стадии инфантильного аутизма, симбиоза, отделения-индивидуации, объектного постоянства, отражают самые ранние структуры психического аппарата. Раздельные элементы — представление о себе, об объекте и диспозиция аффекта, объединяющая их, — выступают в качестве основных субструктур этих ранних стадий развития; постепенно они формируются в более сложные структуры, такие как представление о реальном и идеальном «Я», реальном и идеальном объекте. Этот период охватывает первые 3 года жизни и включает самые ранние субструктуры психического аппарата, которые постепенно дифференцируются и в итоге интегрируются в «Я», Сверх-Я и Оно.

В концепции Джекобсона (Jacobson E.), Малера (Mahler M. S.), Кернберга (Kernberg O. F.) общим является положение о том, что самые ранние интернализованные процессы обладают диадными свойствами, т. е. Я-объектной полярностью, даже тогда, когда еще не произошла дифференциация представлений о собственном «Я» и объекте. По этому же признаку все дальнейшие стадии тоже означают диадные интернализации, т. е. интернализация объекта не только как интернализация представления об объекте, но и как интернализация отношения собственного «Я» с объектом. Исходя из этой позиции, Кернберг (1980) рассматривает элементы представлений о «Я» и об объекте, а также диспозицию аффекта, их объединяющую, как основополагающие строительные блоки, на которых зиждется последующее развитие интернализованных представлений о себе и об объекте, а позже всеобъемлющая трехсторонняя структура «Я», Сверх-Я и Оно. Психоаналитическая теория объектных отношений является неотъемлемой частью современной эгопсихологии. Она представляет собой особый подход в рамках структурного направления, более тесно соединяющий структуру с эволюционными, генетическими и динамическими аспектами психического функционирования. Эта теория занимает промежуточную область между психоаналитической метапсихологией, с одной стороны, и непосредственными клиническими формулировками в психоаналитической ситуации — с другой.

В рамках объектных отношений бессознательные интрапсихические конфликты всегда связаны с противоречивыми представлениями о себе и об объекте. Эти конфликты, порождающие невротические симптомы и патологические черты характера, имеют динамическую структуру, т. е. их корни находятся в относительно перманентной интрапсихической организации, состоящей из конфликтных интернализованных объектных отношений. В процессе психоанализа развитие регрессивного трансферентного невроза активизирует в *переносе* составные элементы интернализованных объектных отношений, образующих часть структур «Я» и Сверх-Я, и подавляемых элементов интернализованных объектных отношений, ставших частью Оно.

Эдиповские конфликты, усугубленные психологическими объектными отношениями доэдиповского периода, способствуют созданию нереалистических проявлений переноса. Преобладание неполных, неинтегрированных представлений о собственном «Я» и объектах при доминировании ранних, примитивных форм *психологической защиты* также способствует созданию нереалистических проявлений переноса. Анализ характера непосредственного объектного отношения в конкретном переносе и защитных операций, связанных с отделением этого отношения от других, противоречащих объектных отношений, помогает психоаналитику прояснить значение переноса, защитных аспектов активированного объектного отношения, его мотивацию в защите пациента от противоречащего или противоположного объектного отношения и скрытый конфликт между примитивными эгоструктурами. Все защитные формы характера в действительности отражают активацию защитной констелляции представлений о себе и об объекте, направленной против внушающей страх, подавляемой само- и объектной констелляции. Например, чрезмерно покорный пациент может действовать под влиянием элемента, состоящего из собственного образа, охотно подчиняющегося сильному, покровительствующему родительскому образу. Однако этот комплекс представлений защищает его от подавляемого собственного образа, гневно бунтующего против садистского и кастрирующего родительского образа.

*Осознание* пациентом своего субъективного мира и его коммуникация могут быть размыты, искажены и большей частью недействительны в моменты выраженной регрессии, когда в переносе доминируют частично объектные отношения. В этом случае в аналитическом процессе на передний план, как отмечает Кернберг, выдвигается влияние психоаналитической обстановки, а субъективность в коммуникации пациента сменяется резкими искажениями в интеракциях с психоаналитиком, что затрудняет с его стороны сохранение *эмпатии* к содержанию вербальной коммуникации пациента. Неспособность пациента слушать или взаимодействовать посредством вербальной коммуникации (возникают длительные периоды молчания пациента) может совпасть с полной утратой того, что до тех пор казалось благоприятной возможностью для интроспекции или *инсайта*. Пациент не испытывает никаких эмоций (отражение выраженной фрагментации аффекта или субъективное ощущение пустоты) или переживает интенсивные аффекты. Регрессия в переносе может сопровождаться также соматизацией или ипохондрическими тенденциями.

Особую важность при этом приобретает проецирование пациентом на психоаналитика отдельных аспектов собственного расщепленного «Я». Психоаналитик, согласно Кернбергу, проявляя эмпатию посредством переходной (сменяющейся) идентификации с тем, как пациент ощущает себя и отражает представление о своем объекте, исследует те объектные отношения, которые преобладают в данный момент в вербальных и невербальных аспектах переноса, и характер представлений пациента о себе и об объекте, которые тот проецирует на него. Эмпатия психоаналитика должна объединить частичный аспект образа «Я» и частичный аспект образа объекта, участвующие в данной интеракции, а также эмпатию по отношению к противоречивым аспектам интрапсихической жизни пациента.

Кернберг усиленно подчеркивает необходимость эмпатии для пациентов с сильной регрессией или выраженной психопатологией (включая так называемые пограничные расстройства личности). Одновременно он отмечает, что эмпатия — это предпосылка интерпретационной работы, а не замена ее. Диссоциированный или подавляемый материал, от которого пациенты пытаются защититься, клинически может выражаться различными способами: 1) он находится в состоянии вытеснения, и только косвенные его проявления могут присутствовать в содержании *свободных ассоциаций* пациента или в переносе; 2) он диссоциирован во взаимно противоречащих состояниях «Я», которые осознаются поочередно; 3) он отражается исключительно в характере процессов взаимодействия в анализе, создании «непонятной» эмоциональной атмосферы, которая непосредственно не относится к субъективному переживанию пациента и должна диагностироваться при помощи эмпатического осознания психоаналитиком всей эмоциональной ситуации во время психоаналитического занятия. Это требует специальной «аналитической эмпатии» (при сохранении в целом технически нейтральной и интерпретационной функций психоаналитика), которая должна быть частью способности психоаналитика диагностировать все эти различные проявления бессознательных интрапсихических конфликтов в аналитической ситуации.

Главными психотерапевтическими задачами при пограничных расстройствах личности,



указывает Кернберг, являются: трансформирование примитивных переносов в более развитые (что выражается в преобразовании диссоциированных или расщепленных объектных отношений в интегрированные объектные отношения); в связи с этим необходимо трансформировать эгоорганизацию с примитивными защитными формами, сконцентрированными вокруг расщепления, в интегрированное «Я» с защитными формами, сконцентрированными вокруг подавления; такая трансформация приведет к дифференциации «Я», Сверх-Я и Оно как интегрированных структур. Этот лечебный процесс, осуществляемый средствами *интерпретации* и эмпатического осознания по мере чередования проявлений «Я» и объекта во взаимоотношениях с психотерапевтом, способствует началу проработки и разрешению примитивных констелляций защитных форм, характерных для пограничных расстройств личности.

**ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРОЛОГИЯ АБРАХАМА.** Абрахам Карл (Abraham K., 1877-1925). Первый немецкий психоаналитик. Стажировался в качестве психиатра в клинике Блейлера (Bleuler E.); от него и его ассистента *Юнга* (Jung C. G.) узнал о *психоанализе* и заинтересовался им. С 1907 г. и до конца своих дней поддерживал тесные дружеские отношения с *Фрейдом* (Freud S.), оставаясь единственным учеником, с которым у Фрейда не было конфликтов личного или научного порядка. Основал в Берлине психоаналитический институт — первое в мире учебное заведение по подготовке психоаналитиков, где под его руководством получили образование такие видные ученые, как Дойч (Deutsch H.), Кляйн (Klein M.), Радо (Rado S.), *Хорни* (Horney K.) и др. С 1914 г. президент Международной психоаналитической ассоциации.

Короткая жизнь не позволила Абрахаму оставить после себя капитальные научные монографии, но его статьи поражают богатством развиваемых в них идей.

Значителен вклад Абрахама в психоаналитическую характерологию. Он указал на важность относительной автономии оральных и анальных телесных функций ребенка в формировании здорового чувства собственной ценности. Нарушения этой автономии в процессе неадекватного воспитания вызывают глубокие переживания беспомощности и оставляют стойкие последствия в виде реактивных характерологических деформаций. Перу Абрахама принадлежит классическое описание анального типа характера, обозначаемого в психиатрии как *обсессивный*, с его стремлением к порядку, чувством малоценности себя и окружающих, склонностью к схематизации мышления, постоянной антиномией между возможностью совершения действия и обязанностью его выполнения, колебаниями между самоотдачей и самоутверждением, проблемами отношения к деньгам и собственности, потребностью коллекционирования, сексуальными отклонениями, в которых анальная зона играет особую роль, внешней подчиняемостью, за которой скрывается упрямство и отвергание. В описании орального типа характера Абрахам убедительно показал, что позитивный оральный опыт, приобретенный в ходе адекватного кормления, способствует формированию в последующем базисного чувства оптимизма, тогда как при неадекватном обращении в процессе кормления в структуру характера включается садистический компонент, проявляющийся в грудном возрасте в тенденции кусать сосок, а в последующей жизни в самых разнообразных формах враждебности к окружающим, отражаясь в том числе на выборе профессии и партнеров. В описании генитального характера, формирующегося по разрешении эдипова конфликта, Абрахам разделяет инфантильную фазу, для которой характерны постоянные колебания между любовью и ненавистью, привязанностью и отверганием, и так называемую постамбивалентную фазу зрелой генитальности, в которой человек демонстрирует способность к установлению стабильных межличностных отношений и постоянную обращенность к профессиональной деятельности.

Абрахам — автор ряда пионерских работ по прикладному психоанализу в области культурологии. Поскольку многие художественные произведения основаны на сознательных и бессознательных фантазиях их создателей, Абрахам с успехом использовал технику психоаналитического толкования сновидений для раскрытия механизма формирования этих фантазий. Он показал, что многие мифы представляют собой коллективные фантазии народов. Подобно тому, как в индивидуальном сне проявляются желания, которые человек в бодрствующем состоянии у себя не признает, общие для многих людей желания могут найти свое отражение в народном мифе. Абрахам показывает общечеловеческий характер некоторых мифов, проводя интересные параллели между древнегреческим и индийским эпосом. Анализируя жизнь древнеегипетского царя Эхнатона (XIV в. до

н. э.), Абрахам показал роль эдипова конфликта в его биографии. Ненависть к своему отцу и сильная любовь к матери, которую он перенес затем к жене Нефертити, сопровождалась у него отвержением религиозных авторитетов и насаждением, вместо принятого тогда многобожества, преклонения перед единым абстрактным божеством «правда и справедливость», которое он представлял себе в женском образе солнца. Таким образом, Эхнатон оказался, по существу, основателем монотеизма, появившегося в иудаизме и христианстве лишь спустя несколько столетий. Делая анализ произведений какого-то отдельного автора, Абрахам признавал, что в этой «психологии искусства» речь идет не столько о самом произведении, сколько о его авторе, однако это не делает результат анализа менее интересным ни для психолога, ни для искусствоведа.

Абрахам блестяще развивал теорию своего учителя. Ему принадлежит решающий вклад в создание системы подготовки психоаналитиков и в организацию международного психоаналитического движения.

**ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ.** Согласно концепции *Фрейда* (Freud S.), бессознательному закрыт прямой доступ в сознание, у порога которого находится «цензура». Но вытесненные влечения не лишаются своей энергии и потому постоянно стремятся пробиться в сознание. Они могут сделать это только частично, путем компромисса и искажения. Искажённые и замаскированные влечения, обманув бдительность «цензуры», проникают в сознание, где остаются неузнанными и где их находит исследователь и подвергает анализу. Термин «анализирование» включает в себя четыре различные процедуры:

1) *конфронтация* — пациенту необходимо показать, что он избегает чего-то; он должен различать тот психический феномен, который является предметом анализа;

2) *просвещение (кларификация)* — помещение значимых деталей в четкий фокус;

3) *интерпретация* — преобразование неосознанных деталей в осознанные, при этом психоаналитик использует свое собственное бессознательное, свою *эмпатию* и интуицию, так же как и свои теоретические знания;

4) *тщательная проработка*, комплекс процедур и процессов, которые имеют место после *инсайта*; это психоаналитическая работа, открывающая путь от инсайта к изменениям и, как правило, требующая большого количества времени для того, чтобы преодолеть *сопротивление*, препятствующее тому, чтобы понимание привело к изменению, и для создания прочных структурных изменений.

Наиболее важная психоаналитическая процедура — интерпретация; все остальные подчинены ей теоретически и практически: это шаги, которые либо ведут к интерпретации, либо делают ее эффективной. Таким образом, П. м. сводятся к интерпретирующему (истолковывающему) анализу упомянутых выше компромиссных образований сознания.

Эти дериваты бессознательного проявляются в симптомах, сновидениях, идеях, а также в целом ряде очень распространенных обыденных жизненных явлений — обмолвках, описках, ошибочных действиях, забывании слов и имен и т. д. Им посвящена работа Фрейда «Психопатология обыденной жизни» (1901). В сновидении психоаналитик различает явное содержание — образы, взятые из впечатлений ближайшего дня, которые легко вспоминаются и рассказываются, и скрытые мысли, о существовании которых сознание часто и не подозревает.

Для проникновения в бессознательное психоаналитики используют процедуру *свободных ассоциаций*, или свободного фантазирования, которой придают большее значение, чем другим способам продуцирования материала в психоаналитической ситуации, и которая известна как фундаментальное правило психоанализа. Суть ее заключается в том, что надо ослабить все задерживающие и критикующие инстанции сознания. Пусть приходит в голову все, что угодно, самые нелепые мысли и образы, даже если это кажется бессмысленным, лишенным значения и не имеющим на первый взгляд отношения к делу. Пациенту следует говорить вслух даже такие вещи, которые он считает тривиальными, постыдными, невежливыми.

Такая работа встречает сильное сопротивление сознания; рождается какой-то внутренний протест: то кажется, что все понятно и не нуждается ни в каких объяснениях, то, наоборот, все настолько абсурдно и нелепо, что не имеет никакого смысла; наконец, приходящие в голову мысли и образы подавляются как случайные, не относящиеся к делу. Иными словами, пациент стремится сохранить точку зрения легального сознания. Однако при этом наличие сопротивления — очень

важный источник анализа: там, где оно есть, там бесспорно есть и вытесненное «нецензурное» влечение. Анализ сопротивления — один из краеугольных камней психоаналитической техники.

Ценным источником материала для психоанализа является *перенос* на врача ранних детских чувств пациента. Анализ переноса и сопротивления стал центральным элементом психотерапевтического процесса.

В ходе психоанализа свободная ассоциация остается основным терапевтически ценным методом коммуникации для пациентов, а интерпретация — наиболее важным инструментом психоаналитика. Другие способы общения также встречаются во время курса, но они являются подготовительными или вторичными и не типичны для психоанализа.

**ПСИХОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ МАЙЕРА.** Разрабатывалась Майером (Meyer A.) в 1930-1950 гг., опубликована после смерти автора в 1957 г. Представляет собой попытку преодоления негативных последствий специализации современных наук о человеке (в частности, медико-биологические, психологические, социальные). Такая специализация обуславливает в качестве первого шага коррекции требование установления типа, научной принадлежности проблемы (является она биологической, психологической или какой-либо другой) и дальнейшее ее рассмотрение в рамках соответствующей науки. По Майеру, это наиболее серьезное препятствие для развития всех наук, ставящих своей целью оказание помощи человеку.

Одно из основных понятий в системе Майера — паттерны, «пучки» наиболее тесно взаимодействующих психологических, физиологических и конституциональных факторов. В зависимости от характера связи с другими сторонами личности паттерны делятся на всеохватывающие (holergastic) и частичные (metergastic). Майер разработал оригинальную систему паттернов, являющуюся, по сути, новой нозологической системой психических заболеваний. Кроме того, он создал систему диагностики — установление типа паттерна, а также описание важнейших паттернов с указанием их биологических, физиологических и других особенностей, в частности особенностей прошлого поведения и образа жизни носителя паттерна.

Цель психотерапевта — обеспечить органическое единство всех указанных подходов при рассмотрении каждой отдельной личностной проблемы.

**ПСИХОГИГИЕНА.** Область гигиены, разрабатывающая и осуществляющая мероприятия, направленные на сохранение и укрепление психического здоровья. Некоторые авторы, давая определение П., относят ее не только к гигиене, но и к психиатрии. Другие (например, Мягер В. К., 1976) включают в задачи П. предупреждение возникновения и развития психических заболеваний, сближая П. и первичную *психопрофилактику*. Н. Д. Лакосина и Г. К. Ушаков (1976) выделяют П. в самостоятельный раздел медицинской науки. П. является комплексной дисциплиной, тесно связанной не только с психиатрией, но и с медицинской психологией, медицинской социологией, валеологией (Петленко В. П., 1997) и др.

П. как направление возникла на рубеже XIX и XX вв. В России ее зарождение связывают с состоявшимся в 1887 г. I съездом отечественных психиатров, на котором И. П. Мержеевский, С. С. Корсаков, И. А. Сикорский обратились к психиатрам, врачебной общественности, а также ко всем передовым людям страны с идеями и программами предупреждения психических и нервных заболеваний.

В зарубежной литературе возникновение П. связывают с движением, основанным Биерсом (Beers M.). Этот страховой служащий, в течение двух лет находившийся в психиатрическом стационаре, опубликовал после госпитализации в 1908 г. книгу «Разум, нашедший себя», вызвавшую интерес во всем мире. Затем он создал психогигиеническое общество, много путешествовал, читая лекции и пропагандируя положения о необходимости совершенствования психиатрической помощи, пытаясь привлечь внимание общественности к проблемам, связанным с психическими болезнями. В Балтиморе был создан психиатрический госпиталь под руководством ведущего американского психиатра Майера (Meyer A.). В 1917 г. психогигиеническое общество возникло в Канаде, в 1918 г. — во Франции. Вопросами П. занимались такие видные психиатры, как Крепелин (Kraepelin E.), Форель (Forel A.), Блейлер (Bleuler E.) и др.

Перед началом Второй мировой войны во многих странах Европы и Америки уже существовали психогигиенические организации и общества, издававшие журналы, координирующие деятельность по

изучению причин возникновения психических нарушений, внедряющие П. в медицинское и общее образование, осуществляющие санитарное просвещение населения. В послевоенные годы были созданы отдел психического здоровья при ВОЗ и Всемирная федерация психического здоровья. Во многих странах ведется преподавание П.

Поскольку с начала психогигиенического движения отдельные его задачи (в частности, связанные с распространением психологических знаний) среди населения уже осуществлялись, в последние десятилетия П. в большей степени ориентирована на решение социальных и экологических проблем, имеющих отношение к психическому здоровью. Основной целью П. является сохранение психического здоровья, душевного равновесия. Поэтому среди ее направлений особое место занимает изучение факторов и условий среды, влияющих на психическое развитие и психическое состояние человека, и разработка мероприятий по их устранению или уменьшению в случае их патогенной роли. К таким факторам можно отнести все еще существующее неправильное отношение к лицам, страдающим психическими заболеваниями, злоупотребление лекарственными средствами, напряженные условия работы в некоторых видах деятельности, неблагоприятные экологические факторы и др. П. призвана помогать человеку избегать неблагоприятных воздействий, опасных для его психического здоровья, обучать его справляться с теми трудностями, которых не удалось избежать, используя для этого естественные, природные ресурсы или изменяя свое отношение к ним.

В П. выделяют несколько разделов и подразделов: возрастная П. (П. детства, П. подросткового, пожилого и старческого возраста); П. труда и обучения (П. производственного и умственного труда); П. быта; П. семьи и половой жизни; П. больного человека. В зависимости от изучаемой области П. опирается на те или иные дисциплины: педагогику, педиатрию, детскую и педагогическую психологию — П. детства; геронтологию, возрастную психологию, медицинскую психологию — П. пожилого и старческого возраста и т. д.

Важное место в разработке психогигиенических мероприятий занимают эпидемиологические транскультурные исследования заболеваемости, микросоциологических, психологических и социально-психологических средовых факторов.

Психогигиеническое воздействие наряду с санитарным просвещением осуществляется с помощью диспансеризации больных и лиц с повышенным риском заболеваемости, находящихся в кризисных состояниях; обеспечения «гигиенической зрелости» коллективов; разработки оптимальных режимов труда и быта. Для решения психогигиенических задач все чаще привлекаются методы психотерапии, такие как *аутогенная тренировка*, *биологическая обратная связь*, позитивная, поведенческая, *групповая психотерапия* и *социально-психологический тренинг*.

Развитие теории и практики П. потребовало новых форм ее организации. Создаются специальные психогигиенические учреждения для лиц практически здоровых, но находящихся в кризисных ситуациях: медико-психологические семейные консультации, дневные и ночные санатории-профилактории при промышленных предприятиях, вузах и др. учреждениях, кабинеты психологической и психофизиологической разгрузки, *кабинеты социально-психологической помощи*, *телефонное консультирование* и др.

**ПСИХОГИМНАСТИКА.** Один из невербальных методов *групповой психотерапии*, в основе которого лежит использование двигательной экспрессии в качестве главного средства коммуникации в группе. П. предполагает выражение переживаний, эмоциональных состояний, проблем с помощью движений, мимики, пантомимы. В основе П. лежит система приемов, разработанных чешским психологом Юновой (Junova H., 1975), и невербальные методики, используемые в *группах встреч*.

П. позволяет пациентам проявлять себя и общаться без помощи слов; это метод реконструктивной психотерапии, цель которого — познание и изменение личности пациента. П. включает три части, характеризующиеся самостоятельными задачами и собственными методическими приемами, — подготовительную, пантомимическую и заключительную.

Задачи подготовительной части состоят: в уменьшении напряжения у участников группы, снятии страхов и запретов; в развитии внимания и чувствительности к собственной двигательной активности и активности других людей; в сокращении эмоциональной дистанции между участниками группы; в формировании способности выражать свои чувства, эмоциональные состояния, проблемы без слов и понимать невербальное поведение других людей. К упражнениям, направленным на развитие внимания

и чувствительности, относятся гимнастика с «запаздыванием», передача ритма, движения или предмета по кругу и др. Уменьшению напряжения у участников группы могут способствовать такие упражнения, как мотивированный бег или ходьба, подвижные игры, двигательные импровизации. Для преодоления эмоциональной дистанции между участниками группы используются упражнения, предусматривающие непосредственный контакт, парное взаимодействие, уменьшение пространственной дистанции, различные двигательные упражнения в кругу: «встретиться на мосту», передать чувство по кругу, успокоить обиженного, войти в круг или выйти из него, обратить на себя внимание группы. На развитие способности самовыражения на невербальном уровне и понимания невербального поведения других людей направлены такие упражнения, как «разговор через стекло», различные модификации «зеркала», изображение тех или иных эмоциональных состояний, распознавание по невербальному поведению состояния других людей и др. Все перечисленные упражнения составляют подготовительную часть занятия, хотя на более поздних стадиях развития *психотерапевтической группы* могут нести и более важную содержательную нагрузку. В начале работы группы подготовительной части может отводиться больше половины времени всего занятия, а иногда и все занятие, поскольку напряжение, тревога, скованность пациентов, страх перед неформальными контактами в непривычной ситуации усиливаются и необходимы упражнения, направленные на преодоление именно этих явлений. В таком случае меньше времени выделяется и на обсуждение того, что происходило в группе, и ограничиваются только самым общим обменом впечатлениями. Пантомимическая часть П. является наиболее важной и в зрелой психотерапевтической группе занимает большую часть времени. Пациентам предлагаются темы, которые они представляют без помощи слов. Темы могут предлагаться и психотерапевтом, и самими пациентами. Содержание тем для пантомимы не ограничено и может быть ориентировано как на проблемы отдельного пациента, так и на проблемы всех членов группы и группы в целом, т. е. касается межличностного взаимодействия. Чаще всего в пантомимической части П. используются: привычные жизненные ситуации (просьбы, требования, обвинения, ссоры, опоздания и др.); темы, относящиеся к проблемам конкретных пациентов (какой я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим, я среди людей; моя семья, моя болезнь и др.); темы, отражающие общечеловеческие проблемы и конфликты, которые могут быть представлены и в символическом виде (преодоление трудностей, «запретный плод», «перекресток», болезнь, здоровье, счастье, тревога); темы, связанные с межличностными взаимоотношениями в группе (отношение к членам группы, групповой портрет или скульптура, воображаемые ситуации, в которые попадает группа). В ходе пантомимы широко используются вспомогательные приемы типа «двойников» или «зеркал». Суть их состоит в предоставлении пациентам невербальной *обратной связи*, что позволяет увидеть себя глазами других (если члены группы повторяют невербальное поведение игравшего пациента) и получить информацию о возможных вариантах (когда другие пациенты предлагают свои способы невербального поведения для только что представленной ситуации). После выполнения каждого пантомимического задания группа обсуждает увиденное. Прежде всего идет эмоциональный обмен собственными переживаниями, возникшими в процессе того, как пациенты выполняли задание или наблюдали за невербальным поведением других, своими ассоциациями, воспоминаниями, опытом; предлагается собственное понимание ситуации, анализируются взаимоотношения и взаимодействия участников группы. Материал, полученный в ходе выполнения пантомимических заданий, может быть использован и для *групповой дискуссии*.

Заключительная часть П. должна способствовать снятию напряжения, которое могло возникнуть в связи со значимостью пантомимы, и сильных эмоций, сопровождавших эту часть занятия, повышению сплоченности *группы*, росту доверия и уверенности. Здесь могут быть использованы упражнения из подготовительной части, главным образом те, которые позволяют пациентам пережить чувство общности.

**ПСИХОДЕЛИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Метод предложен Саважем и др. (Savage Ch. et al., 1964) и используется для вызывания у пациента особых состояний, способствующих решению им психологических проблем, лежащих в основе заболевания.

Метод основывается на одноразовом приеме психоделического средства (ЛСД в дозах от 400 до 1500 гамм), для того чтобы вызвать мистические, «трансцендентные» чувства: ощущение единства со всей Вселенной, непосредственное переживание абстрактных ценностей — истины, добра, красоты, при

этом осуществляется попытка «выхода» пациента за пределы своей личности; глубокое переосмысление собственных проблем.

Сеанс проводится только в группе. Важную роль играет систематическая психотерапевтическая подготовка группы к нему в виде философски направленных бесед (чтение афоризмов, обсуждение вопросов жизни, смерти, мироздания и т. п.), а также воздействие на пациента в ходе сеанса (в частности, со стороны специально подготовленных, участвующих в заседании группы в качестве ее членов и психотерапевтов).

Теоретическое обоснование и *интерпретация* лечебного действия П. п. чаще всего осуществляются на основе *антропологической психотерапии*. Утверждается, что люди пребывают не в подлинном мире, чужды истинным ценностям жизни, что заболевания возникают в связи с неспособностью обнаружить подлинный смысл мира и жизни. Интоксикация же создает уникальную возможность «прорыва барьеров» и достижения истинного понимания, обеспечивает способность в течение какого-то времени видеть мир без деформации.

Эффективность П. п., в том числе применительно к контингентам, плохо поддающимся воздействию других видов психотерапии (алкоголики, наркоманы, гомосексуалисты), подтверждалась неоднократно (Grof S. и др.). В нашей стране применение ЛСД в психотерапевтических целях запрещено.

См. также *Психоделическая психотерапия по Грофу*.

**ПСИХОДЕЛИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПО ГРОФУ.** Один из методов *трансперсональной психотерапии*. Среди них занимает особое место, поскольку именно с него началось развитие концепции трансперсональной психотерапии. После запрещения клинического использования ЛСД и его аналогов концепция трансперсональной психотерапии развивалась на модели *голотропной психотерапии*.

Теоретическая концепция и методика проведения П. п. Г. в целом соответствует голотропной психотерапии, но имеет и ряд особенностей. Как и голотропная психотерапия, П. п. Г. проводится в виде ряда сеансов, число которых не лимитируется и определяется совместно психотерапевтом и пациентом. Процедура П. п. Г. также сходна по структуре с более разработанной моделью голотропной психотерапии и состоит из трех последовательных фаз.

Первая фаза — подготовительный этап. Проводится ряд индивидуальных или групповых встреч без использования медикаментов. Целью этапа является установление *психотерапевтического контакта* и подготовка пациента к психоделическому опыту. На встречах обсуждаются эмоциональные трудности, личная история пациента и предстоящий психоделический опыт. На заключительной встрече обсуждаются специфические вопросы применения психоделического вещества. Детально обсуждается механизм действия препарата, который будет использован, его возможности и связанный с его применением риск. В конце встречи пациенту предлагается подписать контракт об участии в психоделической терапии, подтверждающий его информированность по всем вопросам применения препарата.

Вторая фаза П. п. Г. проводится в виде одного или нескольких психоделических сеансов. Они проводятся в обстановке защищенности, где человека не будут беспокоить посторонние влияния, а сам он будет иметь возможность полного самовыражения. Помещение должно быть уютным и по возможности должно находиться в красивом загородном окружении, поскольку возвращение к природе является важным аспектом психоделических переживаний. Ванна и туалет должны быть легкодоступными. Помещение оборудуется музыкальным центром, так как музыка — значимый элемент психоделической психотерапии. Помещение имеет все необходимое для оказания экстренной врачебной помощи.

Перед самым сеансом используются медитативные техники для погружения пациента в состояние *релаксации* и комфорта. После приема препарата пациент лежа находится в тихой и спокойной обстановке, прослушивая специально подобранную музыку. Разговоры сводятся к минимуму или вообще прекращаются.

Важная роль при проведении психоделических сеансов принадлежит ситтеру (сидящему) — индивидуальному помощнику пациента. В его обязанности входит подбор музыки и смена музыкальных композиций в соответствии с переживаниями пациента, он помогает пациенту

пользоваться ванной и туалетом, следит за безопасностью внешней ситуации, периодически узнает о переживаниях пациента, в случае необходимости приглашает медицинского работника. Во время кульминации психоделических переживаний может потребоваться специфическое вмешательство, если пациент, сопротивляясь переживаниям, срывает повязку или проявляет стремление к активным действиям.

При постепенном исчезновении фармакологических эффектов психоделического вещества ситтер просит пациента рассказать о своих переживаниях, что в большинстве случаев приводит к спонтанному разрешению проблем и трансперсональных задач сеанса. Подробное обсуждение состояний пациента может помочь интеграции, полезными в этом отношении могут быть самоотчеты пациента о психоделических переживаниях, рисование и *медитация*.

Если к моменту завершения фармакологического действия препарата проблема осталась неразрешенной, может понадобиться активное психотерапевтическое вмешательство с использованием голотропной психотерапии и телесных техник. В случае необходимости психоделические сеансы могут повторяться.

Третья и заключительная фаза П. п. п. Г. проводится в виде нескольких интервью без применения психофармакологических препаратов. На этом этапе пациент обсуждает с психотерапевтом свои переживания и возможность их интеграции в свою жизнь. Рекомендуются групповые обсуждения пациентов.

По мнению автора метода, психоделические вещества — мощный инструмент раскрытия глубинных явлений бессознательного. Они обладают значительными позитивными возможностями, но вместе с тем могут представлять и опасность, обусловленную побочными действиями препаратов, привыканием к ним и явлениями психологической зависимости. По мнению Грофа (Grof S.), применение психоделических веществ — ЛСД и его производных, в трансперсональной психотерапии делает лечение более эффективным. Применение психоактивных веществ позволяет получить доступ к глубинным областям психики, однако постепенное развитие переживаний в рамках голотропной психотерапии делает этот подход безопаснее и позволяет полнее интегрировать трансперсональные переживания.

См. также *Психоделическая психотерапия*.

**ПСИХОДРАМА.** Метод *групповой психотерапии*, представляющий собой ролевую игру, в ходе которой создаются необходимые условия для спонтанного выражения чувств, связанных с наиболее важными для пациента проблемами.

П. как лечебный, психотерапевтический метод была создана и разработана *Морено* (Moreno J. L.) на основе опыта его театрального эксперимента «спонтанного театра», изначальная цель которого не была связана с психотерапией и заключалась в развитии и реализации творческого потенциала человека, его творческого «Я» в «театре жизни». Внутри- и межличностные изменения, достигаемые участниками «спонтанного театра», послужили основой для дальнейшего развития П. как лечебного психотерапевтического метода.

Морено исходил из того, что человек обладает естественной способностью к игре и, исполняя различные роли, получает возможность экспериментировать с реалистичными и нереалистичными жизненными ролями, творчески работать над собственными проблемами и конфликтами. В ходе разыгрывания ситуаций возникают спонтанность, креативность, подлинная эмоциональная связь между участниками ситуации, *катарсис*, способствующие развитию творческой активности и достижению *инсайта*. Все это создает благоприятную основу для творческого переосмысления собственных проблем и конфликтов, выработки более глубокого и адекватного самопонимания, преодоления неконструктивных поведенческих стереотипов и способов эмоционального реагирования, формирования нового, адекватного поведения и новых способов эмоционального реагирования.

Дальнейшие исследования в области П. подтверждают связь между психодраматическим разыгрыванием ролей и изменением поведения, отношений, установок, эмоционального реагирования. В качестве факторов, положительно воздействующих на изменение установок под влиянием психодраматического разыгрывания ролей, указывают: предоставление пациенту свободного выбора как относительно участия в психодраме, так и относительно роли; вовлечение пациента в исполнительскую деятельность; появление возможности внести в игру собственные импровизации;

получение пациентом положительного подкрепления по окончании действия. Отмечают также, что П. способствует преодолению защитных позиций пациентов, усиливает эмоциональную вовлеченность, помогает изучению собственных проблем, достижению катарсиса и инсайта.

Классическая процедура П. предполагает наличие следующих элементов: 1. Протагонист — пациент — субъект П., главный исполнитель, представляющий свои проблемы. 2. Терапевт (режиссер, фасилитатор) — тот, кто помогает пациенту исследовать свои проблемы. Функции терапевта заключаются в организации психодраматического действия, пространства, создании атмосферы доверия, стимулировании участников к спонтанности, подготовке протагониста и всей группы к ролевой игре («разогрев»), выявлении проблем и переживаний пациента, комментировании, включении вспомогательных персонажей, организации обсуждения, эмоционального обмена, анализа *интерпретации* происходящего. 3. Помощники терапевта — котерапевт и пациенты, исполняющие вспомогательные роли и усиливающие функции терапевта. Эта категория обозначается так же, как «вспомогательные "Я"». «Вспомогательные "Я"» могут олицетворять значимых для протагониста людей или части его собственного «Я». Выделяют несколько основных функций «вспомогательных "Я"»: сыграть роль, которая необходима протагонисту для реализации замысла; помочь понять, как протагонист воспринимает взаимоотношения с другими персонажами действия; сделать видимыми неосознаваемые протагонистом отношения; направлять протагониста в решении проблем и конфликтов; помочь протагонисту перейти от драматического действия к реальной жизни. 4. Зрители — остальные члены группы, не принимающие непосредственного участия в психодраматическом действии, но обсуждающие ситуацию после ее завершения не только относительно протагониста и участников психодрамы, но и применительно к самим себе. 5. Сцена — место, где разворачивается психодраматическое действие, жизненное пространство.

Процесс П. включает три основные фазы: инициальную, или подготовительную («разогрев»); собственно драматическое действие; обсуждение (предоставление *обратной связи* и эмоциональный обмен). В инициальной фазе происходит выбор протагониста, получение диагностического материала, предварительное обсуждение проблемы и самой ситуации с протагонистом, подготовка протагониста и других участников, организация пространства для психодраматического действия. Обычно в инициальной фазе проводится разминка, задачи которой в стимулировании спонтанности участников, ослаблении страха, тревоги и беспокойства, снятии защиты, создании соответствующей эмоциональной атмосферы. Для этого используются различные вспомогательные приемы: дискуссия, «живые скульптуры», импровизации, разыгрывание сказок или фантастических ситуаций и пр. Вторая фаза — разыгрывание ролевой ситуации, или психодраматическое действие. В ходе ее пациент может достичь катарсиса и осознать свои истинные чувства, отношения, установки, проблемы и конфликты. Облегчить эти процессы помогает целый ряд приемов: «зеркало», «двойники», «другие Я», монолог, диалог, построение будущего, проба реальности и др. Третья фаза — фаза обсуждения, или интеграции, — является завершающей. По сути дела, эта фаза состоит в предоставлении протагонисту обратной связи двух видов — ролевой и идентификационной. Первая — обратная связь «из роли». Здесь протагонист получает информацию о том, что чувствовали его непосредственные партнеры, о чем они думали, что им хотелось сделать или сказать протагонисту и пр. во время разыгрывания психодраматической ситуации. Таким образом, протагонист имеет возможность посмотреть на себя глазами партнера. Например, женщина, которая была протагонистом, разыгрывала ситуацию разговора с сыном, которого она убеждала в том, что ему пора быть взрослым и самостоятельным. При этом ее высказывания и поведение, сама ситуация разговора, вся обстановка свидетельствовали, что ее истинным желанием было не отпускать от себя сына ни на шаг. Участник группы, исполнявший роль сына, в процессе ролевой обратной связи сказал ей, что все ее поведение, то, что и как она говорила, вызвало противоположный эффект, создавало для него такие комфортные условия, что ему ничего не хотелось менять в своей жизни и, напротив, возникало желание оставаться маленьким мальчиком. Таким образом, ролевая обратная связь позволила протагонистке увидеть собственные противоречивые потребности, желания и чувства. Идентификационная обратная связь основана на возможной идентификации с протагонистом или его партнерами зрителей, т. е. тех членов группы, которые не принимали непосредственного участия в разыгрывании психодраматической ситуации. Здесь члены группы, наблюдавшие за ролевой игрой, говорят о том, что чувствовали они, какие переживания,



мысли, воспоминания, ассоциации возникали у них. Так, в приведенном выше примере один из участников группы рассказал о том, как он воспринимал повышенную опеку матери, какие чувства это вызывало у него и каким образом он смог преодолеть собственную зависимость от родителей. Другая участница группы говорила о том, как ей трудно было пережить взросление дочери и что помогло ей справиться с этой собственной проблемой. Таким образом, идентификационная обратная связь, во-первых, предполагает более активное вовлечение всех участников группы в работу над собственными проблемами, во-вторых, предоставляет протагонисту поддержку и позволяет ему почувствовать, что его проблемы и переживания не чужды другим людям, а также может помочь ему увидеть иные возможности преодоления и разрешения существующих проблем и конфликтов. Иногда третья завершающая фаза психодрамы может содержать и собственно анализ и интерпретацию психодраматического действия. Однако при наличии качественной ролевой и идентификационной обратной связи это становится излишним.

Метод П., ее различные приемы и процедуры используются не только в рамках *психоанализа* и генетически связанных с ним концепций, так как интерпретация материала, а также цели отдельных процедур и ролевой игры могут соединяться с различными теоретическими ориентациями. В частности, психодраматические процедуры довольно широко применяются при проведении гуманистически-ориентированной психотерапии, *гештальт-терапии*, тренинговых методов.

Существует опыт использования различных вариантов П., отличающихся от классической процедуры, при работе одной *психотерапевтической группы*, при этом в каждом конкретном периоде групповой психотерапии П. выполняет различные функции. Одним из таких примеров является опыт работы клиники неврозов Института психиатрии и неврологии в Варшаве. В начале работы группы, уже на первом занятии, пациентам предлагается разыграть ролевую ситуацию на тему «Разговор со значимым для меня человеком». П. выполняет в основном диагностическую функцию: группа получает первую информацию о сфере и характере трудностей пациента, о способе их переживания. Сам пациент имеет возможность познакомиться с методом, часто применяемым в дальнейшем, и получает от группы первую обратную связь об особенностях своего поведения, отмеченных коммуникативных трудностях. В дальнейшем по мере развития группы П. начинает решать более глубокие задачи и приближается к своему классическому варианту, предполагающему исследование проблемы, достижение инсайта и катарсиса. На последнем этапе работы П. носит скорее тренинговый характер и имеет своей целью помочь войти в реальные жизненные роли и ситуации.

Наиболее успешно П. может использоваться в комплексе с другими методами групповой психотерапии (в частности, с *групповой дискуссией* и *психогимнастикой*), так как препятствует излишней рационализации, интеллектуализации, помогает пациенту выразить трудновербализуемые эмоции и способствует достижению *осознания*.

П. как составная часть групповой психотерапии широко используется при лечении больных с нервно-психическими расстройствами и психосоматическими заболеваниями, в том числе в психотерапии детей и подростков, а также в *семейной психотерапии*.

**ПСИХОИМАЖИНАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ШОРРА.** Мысленное воспроизведение внутренних конфликтов человека и отреагирование подавленных эмоций, особенно чувства вины, через опосредованные образы.

Как только пациент определит зону конфликта, он несомненно обратится к специфическому психотравмирующему опыту. Ему придется столкнуться с бессознательной стратегией, используемой значимыми для него людьми, и собственной *психологической защитой*. Особенно сильно последняя проявляется при воспоминании такой психотравмирующей ситуации, как «день стыда в предыдущей жизни». Шорр (Shorr J.) полагал, что до тех пор, пока не отреагированы чувства в безопасной атмосфере психотерапевтического занятия, сдерживается личностный рост.

Вопрос психотерапевта «По поводу чего вы испытываете чувство вины?» требует от пациента определенной концентрации. Человек научается чувствовать вину в связи с определенными стандартами поведения; со временем это чувство становится фиксированным. Например, если в детстве мальчик спрашивает у матери, отчего у него такая длительная эрекция, а в ответ мать стыдит его, то во взрослой жизни чувство вины в большей степени будет связано с сексом.

Сфокусировав свои чувства, пациент с помощью воображения должен их отреагировать. Вот

некоторые примеры:

1. Невозможный вопль — высказать значимому в твоей жизни лицу любую эмоцию (психотерапевт разрешает все эмоции).

2. «Я не... Я...!» — проективная методика, позволяющая пациенту представить персону, с которой у него конфликт, и отстоять свои права («Я не скотина, я человек, требующий к себе уважения!»).

3. «Твое лицо в моих ладонях — мое лицо в твоих ладонях» — пациента побуждают представить лицо человека, который вызывает у него напряжение (часто это мать или отец), а затем сказать что-либо ему и получить ответ.

По своим методическим приемам П. т. Ш. близка к *гештальт-терапии*.

**ПСИХОКАТАРСИЧЕСКИЙ МЕТОД БРЕЙЕРА.** Брейер (Breuer J., 1842-1925), выдающийся венский врач, использовал *гипноз* для лечения моносимптомов при истерии — расстройства движения, речи, зрения, памяти и др. Находящемуся в состоянии гипнотического сна пациенту предлагалось вспомнить о событиях, которые предположительно вызывали тот или иной симптом. Брейер исходил из того, что аффективно окрашенные впечатления, в силу каких-то причин вытесненные из сознания, продолжают оказывать влияние на человека и могут патологически изменить его поведение. Чтобы добиться лечебного эффекта, нужен гипнотический сон, при котором возможно освобождение от травмирующих эмоций путем *катарсиса*. Какие-то мысли или импульсы оказываются неприемлемыми для индивида, и их заместителями становятся симптомы при истерии. Если этим мыслям или импульсам дать возможность вновь появиться в сознании, наступает облегчение и заменявшие их симптомы либо исчезают, либо становятся менее резкими. Брейер назвал феномен избавления от симптома при воспоминаниях в состоянии гипнотического сна о психотравмирующей ситуации древнегреческим термином «катарсис» (при эмоциональном восприятии трагических спектаклей на сцене).

По утверждению *Фрейда* (Freud S.), Брейер дал ему ключ к пониманию истерии, сообщив о работе с Анной О., страдавшей истерическими расстройствами. В гипнотическом сне она вспоминала все, что забывала в состоянии бодрствования. После того как больная «разматывала нить в обратном направлении», симптом исчезал, был, как говорили Брейер и Фрейд, отреагирован. Итогом обобщения подобных случаев явилась вышедшая в 1895 г. книга Брейера, написанная совместно с Фрейдом, «Исследование об истерии». От нее принято вести историю психоанализа.

**ПСИХОКИБЕРНЕТИКА.** Термин предложил Мальц (Maltz M.) для обозначения психотерапевтического подхода (который сам автор называет телеологическим) к изменению восприятия самого себя. Методика, с точки зрения автора, является аналогом «целенаправленного поведения механических систем» и представляет собой, по существу, вариант программы аутотренинга. Основная форма проведения — *убеждение* в сочетании с релаксационными упражнениями. Теоретической основой концепции П. является постулат, согласно которому в каждом человеке заложена «творческая система управления», которая может быть использована как «механизм успеха», а не как «механизм неудачи». Новые стереотипы мышления, представления и воспоминания могут быть получены с помощью «встроенных сервомеханизмов» нервной системы. Пациент ориентируется на размышления о достижимой цели. Ожидаемые в процессе решения проблемы ошибки, как и во всех механических системах, сигнализируют о необходимости изменить линию поведения, что не должно, однако, сопровождаться существенными сознательными усилиями: процесс должен протекать скорее произвольно. Пациент должен использовать таким образом свое воображение в течение 30 минут, в одиночестве, без внешних помех, находясь в состоянии мышечной *релаксации*, закрыв глаза и мысленно представляя себе сцены «адекватных, успешных, идеальных действий и реакций». Предполагается, что позднее эта иная линия поведения обычно воплощается в реальных проблемных ситуациях «без активного старания». Релаксационные упражнения в процессе визуализации должны помочь пациенту «дегипнотизироваться» от неверных представлений о своей неполноценности по сравнению с другими или о своем превосходстве над другими. Автор считает, что нет причин, по которым человеку нельзя было бы реализовать «силу разума, данную ему Богом», для того чтобы изменить дисфункциональные когниции и дезадаптивное поведение, даже если это детерминировано бессознательными механизмами. Ошибки, совершенные в прошлом и настоящем, должны произвольно

изгоняться из памяти, заменяясь воспоминаниями об успешном поведении. Необходимо анализировать причины, вызывающие угрызения совести и заниженную самооценку, выявляя их и подчеркивая их абсурдность. «Глупые» мысли и чувства должны отвергаться. Борьба с ложными представлениями и замена их разумными являются существенно важными для адаптации. Пациенту рекомендуют в течение рабочего дня находить время для того, чтобы расположиться в кресле, расслабиться и детально вспомнить ощущения, возникшие во время предшествовавших 30-минутных сеансов. Релаксационные упражнения сопровождаются стандартными формулами *самовнушения*. Считается, что пациент приобретает привычку получать удовольствие от систематического размышления о приятных вещах. Задания могут носить характер прямого самовнушения, например: каждое утро во время завязывания шнурков на ботинках внушать себе необходимость начать день с оптимизмом, вести себя более весело и дружелюбно, предвосхищать успех. Формулы самовнушения, как правило, включают принятие самого себя, собственных несовершенств и недостатков и в то же время стремление к совершенствованию. Мальц разработал формулы *внушения*, специально ориентированные на преодоление усталости, дурных привычек, снятие чувства одиночества и достижение внутреннего душевного покоя. Автор утверждает, что при достаточно систематическом использовании методики положительных результатов можно достичь через 3 недели.

**ПСИХОЛИЗ.** Психотерапевтический метод, разработанный Лейнером (Leuner H., 1962). Предназначен для активизации и психотерапевтической переработки неосознаваемых пациентом переживаний, лежащих в основе заболевания.

В основе П. — интоксикация пациента галлюциногенами (психодислептиками, например ЛСД-25). В отличие от *психоделической психотерапии*, также основывающейся на применении этого средства, в П. используется многократная (обычно до 50 раз) интоксикация нарастающими дозами препарата (от 25 до 200 гамм).

Во время сеанса пациент находится в тихом, затемненном помещении в одиночестве. Под влиянием препарата происходит активизация и повторное переживание эмоционально значимых событий из его жизни («активизация трансфеноменальных динамических систем», по Лейнеру), ослабляются защитные механизмы психики, облегчается актуализация, *осознание* и отреагирование вытесненных психотравмирующих впечатлений. По мере прохождения курса актуализируются все более ранние переживания, вплоть до детских.

Имеются данные об эффективности П. при лечении неврозов.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА.** Понятие П. з. приобрело существенное значение во всех направлениях психологии и психотерапии. При заболеваниях с биологическими механизмами развития болезнь всегда рассматривали как результат действия вредоносных факторов и механизмов «физиологической защиты», направленных на восстановление нарушенного гомеостаза организма. Аналогично можно расценивать и механизмы П. з. Воспаление и боль, с одной стороны, являются адаптивными физиологическими реакциями, с другой — включаясь в патогенез болезни, играют и вредоносную роль (Иовлев Б. В., 1974). Механизмы П. з. также адаптивны и предохраняют сознание больного от болезненных чувств и воспоминаний, однако при проведении психотерапевтической работы создают определенные препятствия, *сопротивление* переработке психотравмирующего содержания переживаний.

Представления о П. з. первоначально формировались в рамках *психоанализа*. Концепция П. з. в виде классического психоаналитического подхода была представлена А. Фрейд (Freud A.) в книге «Эго и механизмы защиты» (1936). Согласно разработанной *Фрейдом* (Freud S.) структуре личности, П. з. рассматривается как бессознательные, приобретенные в процессе развития личности способы достижения «Я» компромисса между противодействующими силами Оно или Сверх-Я, а также внешней действительностью. Механизмы П. з. направлены на уменьшение тревоги, вызванной интрапсихическим конфликтом, и представляют собой специфические бессознательные процессы, с помощью которых «Я» пытается сохранить интегративность и адаптивность личности. Эта концепция в рамках психоанализа подвергалась определенным изменениям. Согласно взглядам современного психоаналитика Бреннера (Brenner Ch., 1981), П. з. является определенным аспектом мышления, отражающим взаимосвязи между «Я» и Оно. В зависимости от особенностей конфликтной ситуации (различное размещение ее на оси «удовольствие—неудовольствие») «Я» может применять защитные

механизмы как защиту при давлении влечений и для их удовлетворения. В защитных целях «Я» использует любую установку, восприятие, отвлечение внимания, смещение на побудители иного поведения и вообще «все, что есть под рукой».

В основе современных представлений о механизмах П. з. доминируют познавательные теории Гжеголовской (Grzegolowska Н., 1981). Эти механизмы определяются как защитные переоценки (реинтерпретации), характеризующиеся изменением значения факторов эмоциональной угрозы, собственных черт и ценностей. В основе защитной деятельности, целью которой является снижение тревоги (психического дискомфорта) или повышение самооценки, лежит защита «Я» посредством искажения процесса отбора и преобразования информации. Благодаря этому сохраняется соответствие между имеющимися у больного представлениями об окружающем мире, себе и поступающей информацией.

В отечественной психологии и психотерапии понятие П. з. рассматривается как важная форма реагирования сознания индивида на психическую травму (Бассин Ф. В. и др., 1975). При этом имеется в виду прежде всего защитная перестройка, происходящая в системах взаимосвязанных психологических установок и отношений, в субъективной иерархии ценностей, которая направлена на редукцию патогенного эмоционального напряжения, способствуя хотя и временному, но определенному лечебному эффекту и предотвращая дальнейшее развитие психологических и физиологических нарушений.

В *личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова* П. з. понимается как система адаптивных реакций личности, направленная на защитное изменение значимости дезадаптивных компонентов отношений — когнитивных, эмоциональных, поведенческих — с целью ослабления их психотравмирующего воздействия на Я-концепцию больного. Такие негативные чувства, как тревога, страх, гнев, стыд и др., сама болезнь как эмоциональный стресс, вызывают в личности адаптивные процессы переоценки значения ситуации, отношений, представлений о себе в целях ослабления психического дискомфорта и сохранения соответствующего уровня самооценки. Этот процесс происходит, как правило, в рамках неосознаваемой деятельности психики с помощью целого ряда механизмов П. з., одни из которых действуют на уровне восприятия (например, вытеснение), другие — на уровне трансформации (искажения) информации (например, рационализация). Устойчивость, частое использование, ригидность, тесная связь с дезадаптивными стереотипами мышления, переживаний и поведения, включение в систему сил противодействия целям лечения делают такие защитные механизмы патологическими. Общей чертой их является отказ личности от деятельности, предназначенной для продуктивного разрешения ситуации или проблемы, вызывавших отрицательные, мучительные для индивида переживания.

Наиболее распространенные и важные механизмы П. з. могут быть представлены в виде нескольких групп. Первую группу составляют защитные механизмы, которые объединяет отсутствие переработки содержания того, что подвергается вытеснению, подавлению, блокированию или отрицанию. Вытеснение — активное недопущение в сферу сознания или устранение из нее болезненных, противоречивых чувств и воспоминаний, неприемлемых желаний и мыслей. Это наименее дифференцированный и нередко малоэффективный способ защиты, но в той или иной мере он присоединяется к действию всех других защитных механизмов. Человек легко может забывать некоторые вещи, особенно то, что снижает чувство собственной ценности как личности. Чаще этот механизм проявляется у людей с незрелым «Я», истерическими чертами характера, у детей. Близкими к описанному способу защиты считаются механизмы перцептивной защиты (автоматические реакции невосприятия при наличии болезненного расхождения между поступающей и имеющейся информацией), подавление (более сознательное, чем при вытеснении, избегание тревожащей информации, отвлечение внимания от осознаваемых аффектогенных импульсов и конфликтов), блокирование (задержка, торможение — обычно временное — эмоций, мыслей или действий, возбуждающих тревогу), отрицание (непризнание, отвергание ситуаций, конфликтов, игнорирование болезненной реальности, фактов).

Вторая группа механизмов П. з. связана с преобразованием (искажением) содержания мыслей, чувств, поведения больного. Механизм рационализации проявляется в псевдообъяснении больным собственных неприемлемых желаний, убеждений и поступков, *интерпретации* по-своему различных

личностных черт (агрессивности как активности, безразличия как независимости, скупости как бережливости и т. д.) с целью самооправдания, так как *осознание* истинного их содержания может привести к снижению чувства собственной ценности, повышению тревоги и другим отрицательным переживаниям. При защитном механизме по типу интеллектуализации вступает в действие контроль над эмоциями и импульсами путем преобладания размышления, рассуждения по их поводу вместо непосредственного переживания. Характерным признаком является «объективное» отношение к ситуации, чрезмерно рассудочный способ представления и попытки решения конфликтных тем без ощущения связанных с ситуацией аффектов. Близким к описанному способу защиты является механизм изоляции, состоящий в интеллектуально-эмоциональной диссоциации, отделении эмоции от конкретного психического содержания, в результате чего представление или эмоции вытесняются или эмоция связывается с другим, менее значимым представлением, и тем самым достигается снижение эмоционального напряжения. Следующий в этой группе защитный механизм формирования реакции характеризуется совладением с неприятными импульсами, эмоциями, личностными качествами посредством замены их на противоположные (например, пациент с вытесняемой враждебностью по отношению к окружающим неосознанно принимает установку и поведение человека послушного и уступчивого). Механизм смещения проявляется в том, что реальный объект, на который могли быть направлены негативные чувства, заменяется более безопасным (например, сдерживаемая агрессия больного в отношении авторитетного лица перемещается на других, зависимых от него людей). В случае защитного механизма проекции происходит приписывание больным непризнаваемых собственных мыслей, чувств и мотивов другим людям. В отличие от механизма смещения при идентификации больной отождествляет себя с более сильной личностью, в частности, имитируя агрессивную или дружелюбную манеру поведения в зависимости от ассоциируемых с этим человеком чувств страха или любви.

Третью группу способов П. з. составляют механизмы разрядки отрицательного эмоционального напряжения. К ним относится защитный механизм реализации в действии (*acting out*), при котором аффективная разрядка осуществляется посредством активации экспрессивного поведения. Этот механизм может составлять основу развития психологической зависимости от алкоголя, наркотиков и лекарств, а также суицидальных попыток, гиперфагии, агрессии и др. Защитный механизм соматизации тревоги или какого-либо отрицательного аффекта проявляется в психовегетативных и конверсионных синдромах путем трансформации психоэмоционального напряжения сенсорно-моторными актами. Некоторые авторы включают в защитную деятельность личности механизмы сублимации, преобразующей энергию инстинктивных влечений в социально приемлемую активность.

К четвертой группе могут быть отнесены механизмы П. з. манипулятивного типа. При защитном механизме регрессии происходит возвращение к более ранним, инфантильным личностным реакциям, проявляющимся в демонстрации беспомощности, зависимости, детскости поведения с целью уменьшения тревоги и ухода от требований реальной действительности. С помощью механизма фантазирования (в функции манипуляции) больной, приукрашивая себя и свою жизнь, повышает чувство собственной ценности и контроль над окружением. Известен также защитный механизм ухода в болезнь, при формировании которого больной отказывается от ответственности и самостоятельного решения проблем, оправдывает болезнью свою несостоятельность, ищет опеки и признания, играя роль больного.

Общепринятой классификации механизмов П. з. до сих пор не существует, и список защитных механизмов может быть продолжен. Здесь же были представлены наиболее распространенные из них. Защитные механизмы в некоторой мере способствуют стабилизации «Я» личности больного, но приводят к неадаптивной ригидности его поведения, ограничивают возможности вскрытия и разрешения внутриличностного конфликта. В системе адаптивных реакций пациента механизмы П. з. тесно связаны с *копинг-механизмами* (механизмами совладания) как активными, преимущественно сознательными усилиями больного, направленными на овладение ситуацией или проблемой.

Знание и учет механизмов П. з. необходимы при проведении личностно-ориентированной психотерапии с целью повышения ее эффективности. Эти механизмы обнаруживаются при изучении стратегии поведения пациента в связи с болезнью, в трудных жизненных ситуациях.

При диагностике механизмов П. з. в последние годы широко используется экспериментально-

психологическая методика «Индекс жизненного стиля» (LSI — Lifestyle index), разработанная Плучиком, Келлерманом, Конте (Plutchik R., Kellerman H., Conte H.). Этот опросник, адаптированный в Институте им. В. М. Бехтерева, позволяет оценить частоту использования индивидом в повседневной жизни того или иного защитного механизма и выявить свойственную ему структуру защитного реагирования. Опросник определяет выраженность восьми основных механизмов Эго-защиты: вытеснение, отрицание, проекция, интеллектуализация, реактивное образование, регрессия, компенсация, замещение. Примеры утверждений опросника: «Я ни к кому не испытываю предубеждения» (отрицание); «Я не боюсь старости, потому что это случается с каждым» (интеллектуализация); «Порнография — это ужасно» (реактивное образование).

Особенности П. з. проявляются в период интенсивной психотерапевтической работы при обсуждении существенных проблем больного, анализе самооценки, прояснении неотчетливо выражаемых пациентом эмоций, *конфронтации* (сопоставление и демонстрация больному его противоречивых высказываний и поведения), осознании внутреннего конфликта при общении с психотерапевтом. Защитные механизмы пациента представляют собой один из источников сопротивления в процессе психотерапии. Сопротивление отражает наличие противоречивой мотивации к лечению: с одной стороны, сознательного стремления к выздоровлению, с другой — неосознаваемой потребности в сохранении заболевания, так называемой «условной желательности болезни». Пациент оказывает сопротивление в определенные моменты психотерапевтического процесса, используя типичный для него стиль защиты, с помощью которого он избегает болезненных переживаний.

Важнейшим правилом психотерапевтической тактики при работе с защитными механизмами больного является признание врачом определенного положительного значения П. з., проявление уважения к личности пациента, осуществляющей центральную регулирующую функцию в системе психической адаптации. Следующим, также важным правилом является постепенная, пошаговая работа с выявлением, осознанием и истолкованием способа защиты. В моменты выраженного сопротивления пациента психотерапии психотерапевт может продемонстрировать очевидность этого защитного противодействия, а больной окажется в состоянии осмыслить и признать факт действия этих неосознаваемых им прежде сил. Только тогда можно приступить к истолкованию механизма проявления конкретного способа П. з., его адаптивных и дезадаптивных функций.

Психотерапевтическое воздействие при наличии П. з. может осуществляться на различных уровнях. Конструктивное изменение психотравмирующей жизненной ситуации, симптоматическое снижение тревоги, укрепление «Я» и повышение самооценки способствуют снижению дезадаптивной защитной деятельности пациента. Эмпатическое общение (сопереживание и *эмоциональная поддержка*) с больным также приводит к уменьшению его защитного сопротивления. При целенаправленной работе с механизмами П. з. происходит изменение нарушенных отношений личности, осознание и разрешение конфликта. В ходе психотерапии следует стремиться к замене примитивных, незрелых защитных реакций вытеснения более избирательными и сознательными адаптивными способами подавления и совладания. Тем самым достигается вербальный контроль, и пациент начинает использовать более совершенные, сознательные механизмы П. з. Раскрытие и переработка одних защитных механизмов (замещение, идентификация) проводится с целью укрепления «Я» пациента, других (рационализация, интеллектуализация, фантазирование, реализация в действии, вытеснение) — для обучения контролю и управлению ими, третьих (уход в болезнь, регрессия) — для их устранения.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ.** Направленное психологическое воздействие на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования индивида.

Термин «психологическая коррекция» получил распространение в начале 70-х гг. В этот период психологи стали активно работать в области психотерапии, прежде всего групповой. Длительные дискуссии о том, может ли психолог заниматься лечебной (психотерапевтической) работой, носили преимущественно теоретический характер, потому что на практике психологи не только хотели, могли и успешно реализовывали эту возможность, но и были в то время за счет базового психологического образования более подготовлены к такого рода деятельности, в частности в области *групповой психотерапии*. Однако психотерапия является лечебной практикой, которой по закону может заниматься только лицо, имеющее высшее медицинское образование. Поэтому распространение

термина П. к. в определенной мере было направлено на преодоление этой ситуации: врач занимается психотерапией, а психолог — П. к. Тем не менее вопрос о соотношении понятия «психотерапия» и П. к. остается открытым и сегодня, и здесь можно указать две основные точки зрения. Одна из них заключается в признании полной идентичности понятий П. к. и «психотерапия», однако при этом не учитывается, что П. к. как направленное психологическое воздействие реализуется не только в медицине (где можно указать три основные области ее применения: *психопрофилактика*, собственно лечение — психотерапия и реабилитация), но и в других сферах человеческой практики, например в педагогике. Даже обычное, обыденное человеческое общение может содержать в большей или в меньшей степени целенаправленно используемую П. к.

Другая точка зрения основана на том, что П. к. преимущественно призвана решать задачи психопрофилактики на всех ее этапах, особенно при осуществлении вторичной и третичной профилактики. Однако такое жесткое ограничение сферы применения П. к. представляется в определенной степени искусственным. Во-первых, в области неврозов полностью развести понятия «психическая коррекция» и «психотерапия», «лечение» и «профилактика» не удастся, так как невроз — это заболевание в динамике, где не всегда можно отделить состояние предболезни от собственно болезни, а сам процесс лечения в значительной степени включает в себя и вторичную профилактику. Во-вторых, в настоящее время в системе восстановительного лечения различных заболеваний все шире реализуется комплексный подход, учитывающий наличие в этиопатогенезе биологического, психологического и социального факторов, каждый из которых нуждается в лечебных или корригирующих воздействиях, соответствующих его природе. Если психологический фактор при том или ином заболевании выступает как один из этиологических, то его коррекция в значительной степени совпадает с содержанием психотерапии — одного из компонентов лечебного процесса. Определить общую схему соотношения П. к. и психотерапии вне конкретной нозологии практически невозможно. Значение психологического фактора в этиопатогенезе того или иного заболевания обуславливает направленность методов П. к. на решение собственно лечебных — психотерапевтических — задач и позволяет рассматривать методы П. к. как методы психотерапии. Задачи П. к. могут существенно варьироваться от направленности на вторичную и третичную профилактику основного заболевания и первичную профилактику возможных в качестве его последствий вторичных невротических расстройств при соматической патологии до практически полной их идентичности задачам психотерапии при неврозах (во всяком случае, в рамках различных личностно-ориентированных систем психотерапии).

Сопоставление понятий П. к. и «психологическое вмешательство» обнаруживает очевидное сходство. П. к., так же как и психологическое вмешательство, понимается как целенаправленное психологическое воздействие, реализуется в различных областях человеческой практики и осуществляется психологическими средствами. П. к. в медицине может быть направлена на решение задач профилактики, лечения (психотерапия) и реабилитации. Психологическое вмешательство в медицине (клинико-психологическое вмешательство) также выполняет функции профилактики, лечения и реабилитации. И П. к. и психологическое вмешательство, используемые с целью лечения, выполняют психотерапевтическую функцию. Очевидно, что по существу эти понятия совпадают. Возможно, наиболее точным и адекватным был бы термин «психологическое вмешательство» с целью П. к., однако это слишком громоздко. Можно лишь указать, что в отечественной литературе более распространенным является понятие П. к., а в зарубежной — «психологическое вмешательство». Все же более предпочтительным представляется термин «психологическое вмешательство». Следует также подчеркнуть, что как психотерапия, так и психопрофилактика не ограничивают свою практику лишь методами П. к., что еще раз указывает на разноуровневый, динамический характер соотношения задач и методов П. к. и психотерапии, которые взаимопересекаются, но полностью не исчерпывают друг друга.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ.** Развитие современной научной психотерапии осуществляется на основе различных теоретических подходов, анализе и обобщении результатов эмпирических исследований клинических, психофизиологических, психологических, социально-психологических и других аспектов изучения механизмов и эффективности *психотерапевтических вмешательств*. Нисколько не умаляя значение клинических основ психотерапии, следует подчеркнуть, что психологические основы психотерапии имеют особое

значение, поскольку и объект ее воздействия (психика), и средства воздействия (клинико-психологические вмешательства) представляют собой психологические феномены, т. е. психотерапия использует психологические средства воздействия и направлена на достижение определенных психологических изменений.

Значимость теоретических и, прежде всего, психологических основ психотерапии также обусловлена распространением в последние годы множества самых разнообразных методов, достаточно широко используемых в психотерапевтической практике, но при этом далеко не всегда имеющих соответствующую теоретическую базу. Даже при обоснованности метода определенной теоретической концепцией она не всегда в полной мере осознается профессиональными психотерапевтами.

Однако именно теоретические представления, раскрывающие содержание понятий «норма» и «отклонение» («дефект», «патология»), и определяют характер и специфику психотерапевтических воздействий и позволяют целенаправленно и осознанно их осуществлять, а также создают базу для профессиональной подготовки психотерапевтов. В медицине существует четкое соответствие между представлениями о норме и патологии и системой воздействий (лечении), которая логически вытекает из этих представлений. Однако в психотерапевтической практике такое соответствие просматривается далеко не всегда, в то время как только понимание общих подходов, наличие четких представлений о теоретической основе, на базе которой осуществляются психотерапевтические воздействия, создают условия для эффективной психотерапевтической практики. И это является одной из наиболее существенных проблем современной психотерапии в России, поскольку такая ситуация препятствует как созданию эффективной системы подготовки психотерапевтов, так и собственно психотерапевтической практике.

Психотерапия как научная дисциплина должна иметь свою теорию и методологию, собственный категориальный аппарат и терминологию, все то, что характеризует самостоятельную научную дисциплину. Однако разнообразие направлений и течений, школ и конкретных методов психотерапии, основанных на различных теоретических подходах, приводит к тому, что в настоящее время не существует даже ее единого определения, а число методов насчитывает более 500. Одни из них четко определяют психотерапию как сферу медицины, другие — акцентируют внимание на психологических аспектах. При этом следует отметить, что в отечественной традиции психотерапия определяется, прежде всего, как метод лечения, в зарубежной — в большей степени подчеркивают ее психологические аспекты. В качестве примера медицинского подхода к пониманию психотерапии можно привести следующие определения, которые обязательно включают такие понятия, как лечебные воздействия, больной, здоровье или болезнь. Здесь психотерапия понимается как «система лечебных воздействий на психику и через психику на организм человека»; «специфическая эффективная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья»; «процесс лечебного воздействия на психику больного или группы больных, объединяющий лечение и воспитание» и т. д.

Определения, в большей степени фиксирующие психологические подходы, включают такие понятия, как межличностное взаимодействие, психологические средства, психологические проблемы и конфликты, когнитивные процессы, отношения, установки, эмоции, поведение и др. Психотерапия — это «особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем и затруднений психологического характера»; «средство, использующее вербальные методики и межличностные взаимоотношения с целью помочь человеку в модификации отношений и поведения, которые интеллектуально, социально или эмоционально являются негативными»; «персонализированная техника, которая представляет собой нечто среднее между техникой планируемых изменений отношений, чувств и поведения человека и познавательным процессом, который в отличие от любого другого ставит человека лицом к лицу с его внутренними конфликтами и противоречиями» и т. д. В качестве определения, которое является довольно общим, но в какой-то мере объединяет эти два подхода, можно привести определение Кратохвила (Kratochvil S.): «Психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочение нарушенной деятельности организма психологическими средствами».

В определениях, которые условно можно назвать медицинскими, психотерапия рассматривается как форма воздействия на психику (и через психику — на организм), т. е. подчеркивается объект воздействия. Психологический же подход акцентирует внимание не столько на объекте, сколько на



средствах воздействия. И та, и другая позиции являются объяснимыми. С одной стороны, психотерапия дословно означает лечение души (от греч. *psyche* — душа, *therapeia* — лечение), указывает на объект воздействия. С другой стороны, в русском языке сходные по образованию термины (например, физиотерапия, фармакотерапия и пр.) обращают внимание не на объект, а на средства воздействия (фармакотерапия — лечение медикаментозными средствами). В этом случае термин «психотерапия» означает лечение психологическими средствами. Можно надеяться, что процесс развития психотерапии как научной дисциплины позволит уточнить и ее определение. Однако следует обратить внимание, что понятие «воздействие» необходимым образом входит в самые различные определения психотерапии.

Психотерапевтическое воздействие — это вид клинко-психологического вмешательства (интервенции), которое характеризуется определенными целями, соответствующим этим целям выбором средств воздействия (методов), функциями, теоретической обоснованностью, эмпирической проверкой и профессиональными действиями. Очевидно, что теоретическая обоснованность является стержневой характеристикой клинко-психологической (психотерапевтической) интервенции, поскольку именно теоретический подход определяет цели и средства, характер и специфику психотерапевтического воздействия.

В качестве теоретической основы психотерапии выступает научная психология, психологические теории и концепции, раскрывающие психологическое содержание понятий «норма» и «патология» и формирующие определенную систему психотерапевтических воздействий. Концепция нормы — это представления о здоровой личности, т. е. психологическая концепция, которая определяет основные детерминанты развития и функционирования человеческой личности. Концепция патологии — это концепция личностных нарушений, концепция происхождения невротических расстройств, рассматривающая их в рамках соответствующих представлений о норме.

При всем разнообразии психотерапевтических подходов существует три основных направления в психотерапии — психодинамическое, поведенческое и «опытное» — соответственно трем основным направлениям психологии (*психоанализу, бихевиоризму и экзистенциально-гуманистической психологии*) и каждое из них характеризуется своим собственным подходом к пониманию личности и личностных нарушений и логически связанной с этим собственной системой психотерапевтических воздействий. Различные направления психотерапии — это не только различные модели психологического вмешательства, но и различные психологические теории, различные концепции личности, которые, имея в своей основе определенные философские подходы со своим собственным взглядом на природу человека и пути к ее пониманию, оказывали влияние не только на психотерапевтическую практику, практику психологического вмешательства, но и на другие виды человеческой деятельности. (См. *Динамическое направление в психотерапии, Поведенческая психотерапия, Гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, опытное) направление в психотерапии*).

Психодинамическое направление. В рамках психодинамического подхода, исходя из представлений об организации и механизмах функционирования психики и возникновения неврозов, был разработан лечебный метод, в котором прослеживается четкое соответствие психологической концепции психоанализа не только теории психоаналитической психотерапии, но и ее практике.

Психологическая концепция, концепция личности в психоанализе представляет собой реализацию психодинамического подхода, предполагающего рассмотрение психической жизни человека, психики с точки зрения динамики (взаимодействия, борьбы, конфликтов) ее составляющих (различных психических феноменов, различных аспектов личности) и их влияния на психическую жизнь и поведение человека. В качестве основной детерминанты личностного развития и поведения здесь рассматриваются бессознательные психические процессы, которые выступают в качестве движущих сил, определяющих и регулирующих поведение и функционирование человека. В целом, психическая жизнь человека рассматривается как выражение бессознательных психических процессов. Содержание бессознательного составляют инстинктивные побуждения, первичные, врожденные, биологические влечения и потребности, которые угрожают сознанию и вытесняются в область бессознательного. Инстинкты понимаются как побудительные, мотивационные силы личности, как психическое выражение импульсов и стимулов, идущих от организма (и, в этом смысле, биологических), как психическое выражение состояния организма или потребности, вызвавшей это

состояние. Целью инстинкта является ослабление или устранение возбуждения, удовлетворение потребности за счет определенного соответствующего поведения. Эта внутренняя стимуляция, с точки зрения *Фрейда* (Freud S.), является источником психической энергии, которая обеспечивает психическую активность человека (в частности, поведенческую активность). Поэтому инстинктивные побуждения и рассматриваются как мотивационные силы, т. е. мотивация человека направлена на удовлетворение потребностей организма, на редукцию напряжения и возбуждения, вызванного этими потребностями.

Рассматривая проблему организации психики и проблему личности, Фрейд создал две модели: топографическую (уровни сознания) и структурную (личностные структуры). Согласно топографической модели в психической жизни человека можно выделить три уровня: сознание (то, что осознается человеком в данный момент), предсознательное (то, что не осознается в данный момент, но достаточно легко может быть осознано) и бессознательное (то, что не осознается в данный момент, и практически не может быть осознано человеком самостоятельно; оно включает инстинктивные импульсы, переживания, воспоминания, вытесненные в бессознательное как угрожающие сознанию). Более поздняя модель личностной организации — структурная. Согласно этой модели личность включает три структуры, три инстанции: Ид (Оно), Эго (Я) и Супер-Эго (Сверх-Я). Ид является источником психической энергии, действует в бессознательном и включает базальные инстинкты, первичные потребности и импульсы. Ид действует согласно принципу удовольствия, т.е. стремится к немедленной разрядке напряжения. Эго (разум) направляет и контролирует инстинкты, осуществляет анализ внутренних состояний и внешних событий и стремится удовлетворить потребности Ид с учетом требований внешнего мира. Супер-Эго — это моральный аспект личности, совесть и идеальное Я. Оно формируется в процессе воспитания и социализации индивида за счет интернализации социальных норм, ценностей, стереотипов поведения и осуществляет контроль над поведением человека (самоконтроль). Таким образом, Ид стремится к немедленной разрядке напряжения и не соотносится с реальностью, Супер-Эго препятствует реализации этих желаний и стремится подавить их (согласно морально-этическому принципу), Эго, напротив, способствует осуществлению желаний Ид, но стремится соотнести их с реальностью, с требованиями и ограничениями социальной среды (согласно принципу реальности), становясь, тем самым, ареной борьбы между первичными потребностями (Ид) и моральными нормами, правилами, требованиями, запретами (Супер-Эго). Следствием сильного давления на Эго является тревога как сигнал об опасности, сопровождающийся определенным уровнем напряжения. Она является функцией Эго и предупреждает Эго о надвигающейся опасности, угрозе, помогая личности реагировать в подобных ситуациях безопасным, адаптивным способом. Фрейд выделял три типа тревоги: объективную или реалистическую (связанную с воздействиями внешнего мира), невротическую (связанную с воздействиями Ид) и моральную (связанную с воздействиями Супер-Эго). Невротическая тревога по сути является страхом перед наказанием за неконтролируемое проявление потребностей Ид и возникает в результате воздействия импульсов Ид и опасности, что они будут осознаны, но не могут контролироваться. Тревога вызывает и активизирует защитные механизмы — определенные приемы, используемые Эго и направленные на снижение напряжения и тревоги. Функция защитных механизмов заключается в том, чтобы не допустить осознания инстинктивных импульсов, предохранить Эго от тревоги. Они являются неосознаваемыми и пассивными, в значительной степени искажают реальность и направлены вовнутрь — на снижение тревоги. В целом действие защитных механизмов оказывается неэффективным, т. к. они направлены не на активное преобразование и переработку конфликтов и проблем, а лишь на вытеснение их в бессознательное, «удаление» из сознания. Поэтому тревога снижается лишь на непродолжительное время и может привести к развитию невротического состояния.

Центральным содержанием общей концепции психологического происхождения неврозов в рамках психоанализа являются представления о невротическом конфликте. Фрейд рассматривал невротический конфликт как «переживания, возникающие в результате столкновения по крайней мере двух несовместимых тенденций, действующих одновременно как мотивы, определяющие чувства и поведение». С точки зрения Фрейда, сущность невроза — это конфликт между бессознательным и сознанием: «С самого начала мы замечаем, что человек заболевает из-за конфликта, возникающего между требованиями инстинкта и внутреннего сопротивления, которое возникает внутри против этого

инстинкта». Сознательный компонент — это нормы, правила, запреты, требования, существующие в обществе и являющиеся элементами Супер-Эго. Бессознательный — первичные, инстинктивные потребности и влечения, составляющие содержание Ид. Вытесненные в бессознательное, они не теряют своего энергетического потенциала, а, напротив, сохраняют и даже усиливают его, и далее проявляются либо в социально приемлемых формах поведения (за счет сублимации), а если это невозможно или недостаточно, то в виде невротических симптомов. Таким образом, невроз — это следствие конфликта между бессознательным (которое образуют вытесненные под влиянием моральным норм, правил, запретов, требований первичные, биологические потребности и влечения, прежде всего, сексуальные и агрессивные) и сознанием. Однако следует отметить, что различные представители психоанализа по-разному понимают содержание бессознательного и, следовательно, содержательную сторону невротического конфликта.

Исходя из такого понимания природы невротических расстройств, основная задача психотерапии в рамках психоанализа состоит в осознании бессознательного. Задача психотерапевта-психоаналитика состоит в том, чтобы вскрыть и перевести в сознание бессознательные тенденции, влечения и конфликты, способствовать осознанию. Этой задаче подчинен и собственно метод. Психоаналитик строит процесс таким образом, чтобы облегчить проявление и понимание бессознательного, основываясь на теоретических представлениях психоанализа о способах и путях его выражения. Это и определяет содержание процесса, степень его структурированности, стратегию и тактику психотерапевта, его роль, позицию, уровень активности, интенсивность, частоту сеансов и пр. Согласно психологическим представлениям психоанализа бессознательное находит свое выражение в *свободных ассоциациях*, символических проявлениях бессознательного, *переносе* и *сопротивлении*. Для достижения *осознания* психоаналитик подвергает анализу именно эти психические феномены. Поведение психоаналитика детерминировано также теоретическими представлениями о переносе (как проекции) и его роли в процессе психоанализа (как способе проекции прошлых значимых отношений пациента в плоскость психотерапевтического взаимодействия). Именно эти психологические представления и определяют особое внимание к переносу. Для того чтобы создать условия для переноса, психоаналитик придерживается определенной стратегии поведения: ведет себя эмоционально нейтрально, создавая тем самым условия для проекции.

Перечисленные психические феномены (свободные ассоциации, символические проявления бессознательного, перенос и сопротивление) подвергаются анализу в процессе психотерапии. Термин анализ предполагается ряд процедур (*конфронтацию*, прояснение, *интерпретацию* и преодоление), центральной из которых является интерпретация. Остальные процедуры либо ведут к интерпретации, либо направлены на то, чтобы сделать ее более эффективной. В самом общем виде можно определить психоанализ как интерпретирующий (истолковывающий) анализ различных компромиссных образований сознания. Для Фрейда само по себе осознание истинных причин заболевания выполняет важнейшую терапевтическую функцию. Однако также существенным является интеграция «Я» всего того, что было ранее вытеснено и затем осознано в процессе психоанализа.

Таким образом, основным содержанием психоанализа как психотерапевтической системы является выявление и осознание бессознательного за счет анализа его символических проявлений, свободных ассоциаций, переноса и сопротивления. При этом психоанализ наглядно демонстрирует обоснованность каждого шага психоаналитика определенными теоретическими представлениями.

Поведенческое направление. Поведенческое направление в психотерапии основано на психологии *бихевиоризма* и использует принципы *научения* для изменения когнитивных, эмоциональных и поведенческих структур. Развитие методических подходов в рамках этого направления во многом связано с усложнением традиционной бихевиористской схемы «стимул—реакция» за счет введения промежуточных переменных — процессов, опосредующих влияние внешних раздражителей на поведение человека, и отражает эволюцию целей поведенческой психотерапии от внешнего к внутреннему научению: от методов, направленных на изменение открытых форм поведения, непосредственно наблюдаемых поведенческих реакций (основанных, преимущественно, на *классическом обусловливании* и *оперантном обусловливании*) до методов, направленных на изменение более глубоких, закрытых психологических образований (основанных на теориях социального научения, моделирования и когнитивных подходах). Поведенческая психотерапия, по сути,

представляет собой клиническое использование теорий научения, сформировавшихся в рамках бихевиоризма.

Бихевиоризм, являясь психологической основой поведенческой психотерапии и поведенческого направления в медицине, фокусирует свое внимание на поведении как единственной психологической реальности, что и определяет подход к проблеме здоровья и болезни. Здоровье и болезнь являются результатом того, чему человек научился и чему не научился, личность понимается как приобретенный человеком в течение жизни опыт. Норма в рамках этого подхода — это адаптивное поведение, а клинические симптомы или личностные расстройства рассматриваются как неадаптивное поведение, как усвоенная неадаптивная реакция. В центре внимания оказывается не столько болезнь, сколько симптом, который понимается как нарушение поведения. Так, Вольпе (Wolpe J.) определяет невротическое поведение как привычку неадаптивного поведения у физиологически нормального организма; Айзенк (Eysenck H. J.) и Рахман (Rachman S.) — как усвоенные образцы поведения, являющиеся в силу каких-либо причин неадаптивными. Адаптация является основной целью поведения, поэтому поведение, не обеспечивающее ее, является патологическим. Нарушения поведения в рамках поведенческого направления являются приобретенными, т. е. представляют собой усвоенную неправильную реакцию, которая не обеспечивает необходимый уровень адаптации.

В соответствии с этими представлениями о норме и патологии основной целью психологических вмешательств, психотерапии в рамках поведенческого подхода является научение, т. е. замена неадаптивных форм поведения на адаптивные (эталонные, нормативные, правильные). Методически научение осуществляется на основании базовых психологических моделей научения, разработанных бихевиоризмом. Различные методы поведенческой психотерапии концентрирует воздействие на отдельных элементах и комбинациях традиционной бихевиористской схемы «стимул-промежуточные переменные—реакция». В соответствие с этим в рамках поведенческой психотерапии можно выделить три подхода, связанных с тремя моделями научения.

Первый подход методически основан на классической парадигме И. П. Павлова, на классическом обусловливании и используют схему «S->R» и *систематическую десенсибилизацию* или другие приемы редукции симптома. В классической Павловской схеме реакции возникают только в ответ на воздействие какого-либо стимула, т. е. безусловного или условного раздражителя. Формирование условного рефлекса происходит в условиях смежности и повторения. Экспериментатор воздействует на организм условным раздражителем и подкрепляет его безусловным. После ряда повторений реакция ассоциируется с новым стимулом, прежде нейтральный безусловный стимул вызывает условную реакцию. Результатом научения по такой схеме является респондентное поведение — поведение, вызванное определенным стимулом. Подача *подкрепления* в данном случае связана со стимулом (S), поэтому данный тип научения, в процессе которого образуется связь между стимулами, обозначается как научение типа S. Примером такого методического подхода может служить метод классической систематической десенсибилизации Вольпе. Можно назвать еще ряд феноменов, связанных с именем И. П. Павлова и используемых в поведенческой психотерапии: генерализация стимулов, различение стимулов (стимульная дискриминация), угашение.

Второй подход методически основан на оперантной парадигме Скиннера (Skinner B. F.) и используют схему «R->S» и различные виды подкрепления. Скиннер — один из виднейших представителей бихевиоризма, показал, что воздействие окружающей среды определяет поведение человека, он рассматривает в качестве главного фактора формирования человеческого поведения культуру, содержание которой выражается в определенном наборе комплексов подкреплений. С их помощью можно создавать и модифицировать человеческое поведение в нужном направлении. На таком понимании основаны методы модификации поведения, которые используются не только в психотерапевтической практике, но и в практике, например, воспитательных воздействий. Термины «инструментальное научение» и «оперантное обусловливание» означают, что реакция организма, которая формируется по методу проб и ошибок, является инструментом для получения поощрения и предполагает оперирование со средой, поведение есть функция его последствий. Согласно принципу оперантного обусловливания поведение контролируется его результатом и последствиями. Модификация поведения осуществляется за счет влияния на его результаты и последствия. В соответствии со схемой оперантного обусловливания экспериментатор, наблюдая поведение, фиксирует

случайные проявления желательной реакции и сразу же подкрепляет ее. Таким образом, стимул следует после поведенческой реакции, используется прямое подкрепление через поощрение и наказание. Результатом такого научения является оперантное научение, или оперант. Здесь подкрепляется не стимул, а реакция организма (R), именно она вызывает подкрепляющий стимул, поэтому такое научение обозначается как научение типа R. Оперантное поведение (поведение типа R) — это поведение, вызванное подкреплением, следующим за поведением. Примером такого методического подхода могут служить такие методы поведенческой психотерапии, как «жетонная система», а также некоторые виды *тренинга*.

Третий подход методически основан на парадигме научения по моделям, *социального научения* и использует разнообразные системы *директивной психотерапии*, целью которых является изменение многочисленных психологических параметров, рассматриваемых как промежуточные переменные. В целом этот тип научения основан на представлениях, согласно которым человек обучается новому поведению не только на основании собственного, прямого опыта (как при классическом и оперантном обусловливании), но и на основании опыта других, на основании наблюдения за другими людьми, за счет процессов моделирования. Поэтому этот тип научения также называют моделированием или научением по моделям. Научение по моделям предполагает научение посредством наблюдения и имитации социальных моделей поведения. Это направление связано, прежде всего, с именем американского психолога Бандуры (Bandura A.), представителя медиаторного подхода. Научение по моделям оказывает следующее действие: а) наблюдатель видит новое поведение, которого ранее не было в его репертуаре, б) поведение модели усиливает или ослабляет соответствующее поведение наблюдателя, в) поведение модели имеет функцию воспроизведения, т. е. может быть усвоено наблюдателем. Наблюдение модели способствует выработке у наблюдателя новых реакций, облегчает реализацию ранее приобретенных реакций, а также модифицирует уже существующее поведение. Бандура выделяет три основные регуляторные системы функционирования индивида: 1) предшествующие стимулы (в частности, поведение других, которое подкрепляется определенным образом), 2) *обратную связь* (главным образом, в форме подкреплений последствий поведения) и 3) когнитивные процессы (человек представляет внешние влияния и ответную реакцию на них символически в виде «внутренней модели внешнего мира»), обеспечивающие контроль стимула и подкрепления. Если снова обратиться к основной формуле бихевиоризма  $S \rightarrow r \rightarrow s \rightarrow R$ , (где  $r-s$  или  $r-s-r-s$  ...  $-r-s$  рассматриваются как промежуточные переменные), то очевидно, что здесь решающая роль в процессе научения принадлежит не подкреплению стимула или реакции организма, а воздействию на промежуточные (медиаторные) переменные. Научение в данном случае направлено на изменение более глубоких, закрытых психологических образований. В зависимости от того, какие психологические процессы рассматриваются в качестве медиаторов (преимущественно, это когнитивные и мотивационные процессы), и определяются психотерапевтические мишени. В настоящее время большую популярность и распространение приобрели когнитивные подходы, где в качестве промежуточных переменных, играющих важную роль в развитии нарушений, рассматриваются когнитивные процессы. В качестве примера таких подходов можно указать взгляды Бека (Beck A. T.) и Эллиса (Ellis A.).

Так, Бек полагает, что психологические проблемы, эмоциональные реакции и клинические симптомы возникают за счет искажений реальности, основанных на ошибочных предпосылках и обобщениях, т. е. между стимулом — S (ситуацией, внешним событием) и реакцией — R (неадаптивным поведением, эмоцией, симптомом) в качестве промежуточной переменной выступает когнитивный компонент (сознательная мысль). При эмоциональных расстройствах причиной длительных эмоций является когнитивный поток, который основан не на реальности, а на субъективной оценке. Результатом этого являются гипотезы, которые не подвергаются никакой критической проверке и воспринимаются как аксиомы, формируя неправильные представления о мире и самом себе — неадаптивные когниции или автоматические мысли, которые содержат большее искажение реальности, чем обычное мышление и, как правило, человек не понимает их содержание и их воздействие на эмоциональное состояние. Автоматические мысли выполняют регулируемую функцию, но, поскольку сами содержат значительные искажения реальности, то не обеспечивают и адекватную регуляцию поведения, что приводит к дезадаптации. В качестве наиболее типичных искажений или ошибок

мышления указывают фильтрацию, поляризованность оценок, чрезмерную генерализацию, обобщение, персонализацию, ошибочное представление о контроле и ряд других. При этом подчеркивается, что автоматические мысли носят индивидуальный характер, но также существуют и специфические для определенных расстройств автоматизированные мысли. Так, депрессия связана с пессимистическим взглядом на себя и свое будущее, на окружающий мир, с мыслями об ущербе, потерях в личностной сфере, тревога — с мыслями об опасности, угрозе, о том, что другие будут отвергать, унижать, недооценивать, фобии — с мыслями об опасных событиях, которых нужно избегать, о невозможности общего контроля над ситуацией и т. д. Автоматические мысли специфичны и дискретны, они являются своего рода стенограммой и представлены в сознании человека в свернутом виде. Задача когнитивной психотерапии состоит в том, чтобы найти и вскрыть искажения мышления и исправить их. Человека можно обучить сосредоточиться на интроспекции и определить, как мысль связывает ситуацию, обстоятельства с эмоциональным ответом.

С точки зрения Эллиса между стимулом и реакцией также находится когнитивный компонент — система убеждений человека. Элис выделяет два типа когниции — дескриптивные, или описательные (информация о том, что человек воспринял в окружающем мире, — чистая информация о реальности), и оценочные (отношение к этой реальности, выражающееся в ее обобщенной оценке, — оценочная информация о реальности). Дескриптивные когниции связаны с оценочными, но связи между ними могут быть различной степени жесткости. Гибкие связи между дескриптивными и оценочными когнициями формируют рациональную систему установок (убеждений), жесткие — иррациональную. Нормально функционирующий индивид характеризуется рациональной системой установок — системой гибких эмоционально-когнитивных связей, которая носит вероятностный характер, выражает скорее пожелание или предпочтение. Рациональной системе установок соответствует умеренная сила эмоций. Хотя иногда они и носят интенсивный характер, однако не захватывают его надолго и поэтому не блокируют его деятельность и не препятствуют достижению целей. Иррациональные установки — это жесткие связи между дескриптивными и оценочными когнициями, которые носят абсолютистский характер (типа предписаний, требований, обязательного приказа, не имеющего исключений). Иррациональные установки не соответствуют реальности как по силе, так и по качеству этого предписания. Невозможность реализовать иррациональные установки вызывает длительные, не адекватные ситуации эмоции, которые препятствуют нормальному функционированию индивида. С точки зрения Эллиса, эмоциональные расстройства обусловлены именно нарушениями в когнитивной сфере — иррациональными убеждениями или иррациональными установками.

Таким образом, все существующие методы поведенческой психотерапии непосредственно связаны с определенными психологическими теориями научения и представляют собой их практическое приложение. Поведение психотерапевта в данном случае также полностью определяется теоретической ориентацией: если задачи психотерапии состоят в научении, то роль и позиция психотерапевта должна соответствовать роли и позиции учителя или технического инструктора, активно вовлекающего пациента в совместную работу. Основная функция психотерапевта состоит в организации эффективного, научно-обоснованного процесса научения.

Гуманистическое (опытное) направление. Это направление в психотерапии весьма неоднородно, что находит выражение и в разнообразии терминов, которые используются для его обозначения, и связано с традиционным включением в это направление самых разнообразных психотерапевтических школ и подходов, которые объединены общим пониманием цели психотерапии и путей ее достижения. Во всех этих подходах личностная интеграция, восстановление целостности и единства человеческой личности рассматривается как основная цель психотерапии, которая может быть достигнута за счет переживания, осознания, принятия и интеграции собственного субъективного опыта и нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. При этом далеко не всегда эти подходы отчетливо имеют в своей основе собственно гуманистическую психологию. Однако, учитывая сложившуюся традицию и все же имеющуюся более или менее просматриваемую связь большинства подходов в рамках этого направления с гуманистической психологией, целесообразно использовать название «гуманистическое направление».

В основе гуманистической психологии лежит философия европейского экзистенциализма и феноменологический подход. Экзистенциализм привнес в гуманистическую психологию интерес к

проявлениям человеческого бытия и становлению человека, феноменология — описательный подход к человеку, без предварительных теоретических построений, интерес к субъективной (личной) реальности, к субъективному опыту, опыту непосредственного переживания («здесь и теперь») как основному феномену в изучении и понимании человека. Можно также найти и некоторое влияние восточной философии, которая стремится к соединению души и тела в единстве человеческого духовного начала. Предметом гуманистической психологии является личность как уникальная целостная система, понять которую путем анализа отдельных проявлений и составляющих просто невозможно. Именно целостный подход к человеку как уникальной личности является одним из фундаментальных положений гуманистической психологии. Основными мотивами, движущими силами и детерминантами личностного развития являются специфически человеческие свойства — стремление к развитию и осуществлению своих потенциальных возможностей, стремление к самореализации, самовыражению, *самоактуализации*, к осуществлению определенных жизненных целей, раскрытию смысла собственного существования. Личность рассматривается как постоянно развивающаяся, стремящаяся к своему «полному функционированию», не как нечто заранее данное, а как возможность самоактуализации.

Основные принципы гуманистической психологии формулируются следующим образом: признание целостного характера природы человека, роли сознательного опыта, свободы воли, спонтанности и творческих возможностей человека, способности к росту. Важнейшими понятиями гуманистической психологии являются: самоактуализация (процесс, сущность которого состоит в наиболее полном развитии, раскрытии и реализации способностей и возможностей человека, актуализации его личностного потенциала), опыт (личный мир переживаний человека, совокупность внутреннего и внешнего опыта, то, что человек переживает и «проживает»), организм (как сосредоточение всего опыта переживаний), Я-концепция (самовосприятие, более или менее осознанная устойчивая система представлений индивида о самом себе, включающая физические, эмоциональные, когнитивные, социальные и поведенческие характеристики), конгруэнтность — неконгруэнтность (степень соответствия между воспринимаемым «Я» и актуальным опытом переживаний, между субъективной реальностью человека и внешней реальностью, между Я-реальным и Я-идеальным). Важным условием для успешной реализации потребности в самоактуализации выступает наличие адекватного и целостного образа «Я», отражающего истинные переживания и потребности, свойства и стремления человека и формирующегося в процессе принятия и осознания всего многообразия своего собственного опыта («открытость опыту»). Однако человек часто сталкивается с такими собственными переживаниями и собственным опытом, которые могут в большей или меньшей степени расходиться с представлением о себе. Способность или неспособность человека переработать новый опыт и интегрировать его связана с особенностями формирования Я-концепции в процессе воспитания и социализации, в частности с потребностью в положительном принятии (внимании). Отсутствие безусловного принятия со стороны родителей формирует искаженную Я-концепцию, которая не соответствует тому, что есть в опыте человека. Неустойчивый и неадекватный образ «Я» делает человека психологически уязвимым к чрезвычайно широкому спектру собственных проявлений, которые также не осознаются (искажаются или отрицаются), что усугубляет неадекватность Я-концепции и создает почву для роста внутреннего дискомфорта и тревоги, которые могут стать причиной повышенной психологической уязвимости или различных психических расстройств, в частности невротических нарушений.

Таким образом, в рамках этого подхода в самом общем виде невротические расстройства рассматриваются как результат блокирования специфически человеческой потребности в самоактуализации, невозможности раскрыть смысл собственного существования, отчуждения человека от самого себя и от мира.

Разнообразные подходы в рамках гуманистического направления объединяет идея личностной интеграции, восстановления целостности и единства человеческой личности. Эта цель может быть достигнута за счет переживания, осознания, принятия и интеграции существующего опыта и нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. Но существуют различные представления о том, каким путем в ходе психотерапии происходит переживание и осознание опыта, способствующие личностной интеграции. В соответствии с этим в «опытном» направлении иногда

выделяют три основных подхода.

Основанием для отнесения той или иной конкретной школы к одной из ветвей «опытного направления», по существу, являются представления о способах и путях интеграции опыта. Основным понятием в этом контексте является «встреча» (encounter) как соприкосновение разных миров: встреча с другими людьми, встреча с самим собой, встреча с Высшим началом. Теоретической основой первого подхода является собственно гуманистическая психология. В качестве основной цели психотерапии рассматривается помощь человеку в становлении самого себя в качестве самоактуализирующейся личности, в раскрытии смысла собственного существования, в достижении *аутентичности*. Это происходит за счет развития в процессе психотерапии адекватного образа «Я», самопонимания и новых ценностей. Поэтому целью психологического вмешательства является создание условий, помогающих человеку пережить новый опыт, способствующий личностной интеграции, принятию и осознанию себя во всем своем многообразии, преодолению неконгруэнтности, росту аутентичности и спонтанности, освобождению скрытого творческого потенциала и способности к саморазвитию. Необходимость создания условий, в рамках которых человек получает наилучшие возможности для приобретения и переработки опыта и его интеграции, определяет и специфические особенности поведения психотерапевта. Психотерапевт этого направления последовательно реализует в ходе своей работы с пациентом три основные переменные психотерапевтического процесса: *эмпатию*, безусловное положительное отношение к пациенту и собственную конгруэнтность. Эмпатия понимается как способность психотерапевта встать на место пациента, «вчувствоваться» в его внутренний мир, понимать его высказывания так, как он сам это понимает. Безусловное принятие предполагает отношение к пациенту как к личности, обладающей безусловной ценностью, независимо от того, какое поведение он демонстрирует, как оно может быть оценено, независимо от того, какими качествами он обладает, независимо от того, болен он или здоров. Собственная конгруэнтность или аутентичность психотерапевта означает истинность поведения психотерапевта, поведение, соответствующее тому, каким он есть на самом деле. Эти три параметра, вошедшие в литературу под названием «*триада Роджерса*», отчетливо связаны с психологической концепцией и, по сути, представляют собой «методические приемы», способствующие изучению пациента и достижению необходимых изменений. Гуманистическая психология под влиянием феноменологической традиции рассматривает познание другого человека только как процесс непосредственного обращения к его субъективному опыту. Этим определяется роль эмпатии как метода познания другого человека. Не имеет смысла изучать различные отдельные элементы, а необходимо попытаться понять человека как некую целостность. Эмпатия как «вчувствование» во внутренний мир пациента, погружение в его субъективный мир, субъективный опыт, представляет собой необходимый способ («метод») познания пациента. Безусловное положительное отношение к пациенту со стороны психотерапевта восполняет дефицит безусловного принятия со стороны родителей (фактора, препятствовавшего формированию целостного, адекватного образа «Я» и вызвавшего рассогласование между Я-концепцией и опытом) и создает перспективу развития адекватного образа «Я». Аутентичность или конгруэнтность психотерапевта показывает пациенту преимущества открытости, спонтанности, искренности, помогая ему освободиться от «фасадов». Такие отношения с психотерапевтом пациент воспринимает как безопасные, ощущение угрозы редуцируется, постепенно исчезает защита, вследствие чего пациент начинает открыто говорить о своих чувствах. Искривленный ранее по механизму защиты опыт теперь воспринимается более точно, пациент становится более «открытым опытом», который ассимилируется и интегрируется «Я», что способствует увеличению конгруэнтности между опытом и Я-концепцией. У пациента возрастает позитивное отношение к себе и другим, он становится более зрелым, ответственным и психологически приспособленным. В результате этих изменений восстанавливается и приобретает возможность дальнейшего развития способность к самоактуализации, личность начинает приближаться к своему «полному функционированию». Таким образом, в рамках собственно гуманистического подхода переживание, осознание и интеграция опыта, способствующие личностному развитию, происходят за счет межличностных отношений, в процессе взаимодействия (встречи) с психотерапевтом (или *психотерапевтической группой*).

В рамках второго подхода интеграция опыта происходит за счет взаимодействия (встречи) с самим собой, с различными аспектами своей личности и своего актуального состояния. Здесь



используются как вербальные, так и многочисленные невербальные методы, использующие концентрацию внимания и осознания различных аспектов («частей») собственной личности, эмоций, телесных стимулов и сенсорных ответов. Также здесь делается акцент на двигательных методиках, способствующих высвобождению подавленных чувств и их дальнейшему осознанию и принятию.

В рамках третьего подхода интеграция опыта происходит за счет приобщения (встречи) к Высшему духовному началу. В центре внимания здесь находится утверждение «Я» как трансцендентального или трансперсонального опыта, расширение опыта человека до космического уровня, что в конечном счете, по мнению представителей этого подхода, ведет к объединению человека со Вселенной (Космосом). Достигается это с помощью *медитации* (например, *трансцендентальной медитации*) или духовного синтеза, который может осуществляться различными приемами самодисциплины, тренировки воли и практики деидентификации.

Таким образом, опытный подход объединяет представления о целях психотерапии как личностной интеграции, восстановления целостности и единства человеческой личности, что достигается за счет переживания, осознания, принятия и интеграции опыта. Здесь поведение психотерапевта, используемые приемы также полностью определяются теоретическими представлениями о норме и патологии и соответствующих целях психотерапии.

В подтверждение представлений о преемственности между личностной концепцией, концепцией патологии и собственно практикой психотерапевтической работы как условием для развития и распространения той или иной психотерапевтической системы можно обратиться к еще одной системе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (см. *Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Ташилыкова, Исуриной*), которая представляет собой по сути разновидность психодинамического направления. Она основана на психологии отношений (концепция личности) и патогенетической концепции неврозов (биопсихосоциальная концепция невротических расстройств). В рамках этого подхода личность рассматривается как система отношений индивида с окружающей средой.

Центральное место в этом определении занимает понятие «отношение», которое понимается как внутреннее субъективное отношение. Невроз при этом представляет собой психогенное расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых для личности отношений. Нарушения отношений можно в самом общем виде охарактеризовать как искажение когнитивного компонента вследствие его неосознанности или недостаточной степени осознания и чрезмерное преобладание эмоционального компонента, что приводит к неадекватности отношения и его неспособности обеспечивать оптимальную регуляцию функционирования личности. Понимание невроза как психогенного заболевания, т. е. заболевания, в этиопатогенезе которого прослеживается психологически понятная связь между возникновением нарушений, клинической картиной и ее динамикой, с одной стороны, и особенностями системы отношений, личностными особенностями, а также характером и динамикой психотравмирующей патогенной ситуации, с другой, определяет ориентацию психотерапевтических воздействий на коррекцию личности и реконструкцию ее нарушенных отношений.

В рамках 3-х основных направлений психотерапии существует разнообразие школ, но основные теоретические подходы в каждом из них являются общими. Только понимание общих подходов, наличие четких представлений о теоретической основе, о психологической концепции нормы и патологии, на базе которой осуществляется психотерапевтическое вмешательство, может обеспечить эффективную психотерапевтическую практику и помочь в овладении основными методами и навыками практической работы. Преемственность между личностной концепцией, концепцией патологии и собственно практикой психотерапевтической работы является неперенным условием теоретически обоснованных психотерапевтических подходов.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ.** Профессиональная помощь пациенту в поиске решения проблемной ситуации.

Профессиональное консультирование могут проводить психологи, социальные работники, педагоги или врачи, прошедшие специальную подготовку. В качестве пациентов могут выступать здоровые или больные люди, предъявляющие проблемы экзистенциального кризиса, межличностных конфликтов, семейных затруднений или профессионального выбора. В любом случае пациент воспринимается консультантом как дееспособный субъект, ответственный за решение своей проблемы.

В этом основное отличие П. к. от психотерапии. От так называемой «дружеской беседы» П. к. отличается нейтральной позицией консультанта. Пользуясь транзактной терминологией, «дружеская беседа» проводится в позиции Ребенок—Ребенок, психотерапия — Родитель—Ребенок, а П. к. — в позиции Взрослый—Взрослый. Современная тенденция — стирание границ между психотерапией и П. к. В 40-50-е гг. профессиональное консультирование зародилось и распространилось благодаря социальному запросу, обусловленному психологическим просвещением, психотерапевтами, главным образом психодинамических направлений, и с опорой на опыт психотерапевтической практики (преимущественно *клиент-центрированной психотерапии*). Последние годы партнерский подход и опыт консультирования обогащают психотерапию.

Становление П. к. происходило практически одновременно во всех экономически развитых странах, поэтому трудно назвать пионеров. Но отчетливо выделяются три основных подхода в П. к.

1. Проблемно-ориентированное консультирование (consulting) направлено на анализ сущности и внешних причин проблемы, поиск путей разрешения. Подход аналогичен *поведенческой психотерапии*, зачастую подразумевает подключение к консультированию членов семьи пациента и организационную помощь ему и его семье.

2. Личностно-ориентированное консультирование (counseling) центрировано на анализе индивидуальных причин проблемы, генезе деструктивных личностных стереотипов, предотвращении подобных проблем в будущем. Подход аналогичен психодинамической психотерапии, консультант принципиально воздерживается от советов и организационной помощи.

3. Решение-ориентированное консультирование (solution talk) центрировано на выявлении ресурсов для решения проблемы. Наиболее ярким примером подобного подхода является *краткосрочная позитивная психотерапия*.

Независимо от вышеприведенных концептуальных ориентации можно выделить основные цели и задачи П. к. и алгоритм технических этапов.

Цели и задачи П. к.:

- 1) *эмоциональная поддержка* и внимание к переживаниям пациента;
- 2) расширение сознания и повышение психологической компетентности;
- 3) изменение отношения к проблеме (от «тупика» к «выбору решения»);
- 4) повышение стрессовой и кризисной толерантности;
- 5) развитие реалистичности и плюралистичности мировоззрения;
- 6) повышение ответственности пациента и выработка готовности к творческому освоению мира.

Технические этапы П. к.:

- 1) установление контакта профессионального консультирования;
- 2) предоставление пациенту возможности выговориться (в ряде случаев люди, впервые получившие возможность рассказать о своей проблеме, не прерываемые вопросами и советами, сами в процессе разговора начинают «видеть проблему по-другому и возможности ее решения», могут остановить консультирование на этом этапе, будучи удовлетворенными его результатами);

3) предоставление пациенту эмоциональной поддержки и информации о позитивных аспектах его проблемной ситуации;

- 4) совместная с пациентом переформулировка проблемы;
- 5) заключение динамического контракта (обсуждение организационных аспектов и доли ответственности пациента и консультанта, выявление и коррекция нереалистичных ожиданий пациента);

6) формирование регистра возможных решений проблемы (консультант предлагает свой профессиональный и жизненный опыт только после того, как пациент сформулировал 2-3 решения);

7) выбор оптимального решения из выявленного регистра с точки зрения пациента;

8) закрепление мотивации и планирование реализации выбранного решения; может осуществляться прямой поддержкой либо парадоксально — «критикой и сомнениями» консультанта;

9) завершение консультирования с предоставлением пациенту права повторного обращения при необходимости либо назначение катамнестической, поддерживающей встречи.

Опыт показывает, что такую программу удастся реализовать в течение одной встречи, продолжающейся 2-3 часа, или в курсе из 2-5 встреч по 1 часу с интервалами от 1 дня до 2-3 недель.

Может предлагаться *семейное консультирование*, аналогичное *семейной психотерапии*. В этом случае вся семья рассматривается в качестве пациента, проблема — как коллективная, а решения принимаются с учетом мнений всех членов. Основное требование к консультанту — соблюдение нейтральности, независимость от различных семейных группировок.

П. к. может проводиться дистантно с помощью технических средств связи (*телефонное консультирование*). В большинстве случаев предъявляемая проблема маскирует индивидуальный или семейный кризис пациента, который и становится объектом *психологической коррекции*, требует учета и развития его мировоззрения (*кризисная психотерапия*).

**ПСИХООРТОПЕДИЯ.** Понятие П. в отечественной литературе впервые встречается у В. А. Гиляровского (1926) в связи с созданием им в Донской невропсихиатрической лечебнице Москвы психортопедического отделения.

Психортопедическое отделение объединяло несколько групп больных неврозами, причем для каждой группы был разработан особый режим, при котором внимание пациентов весь день было занято и который должен был способствовать выявлению их наиболее здоровых сторон и нейтрализации всего болезненного. Тщательное формирование групп удовлетворяло и другому психотерапевтическому требованию — созданию среды, в которой находится больной. Сдвиг в установке на болезнь в индивидуальной работе врача с пациентом мог быть преуменьшен неподходящими впечатлениями или разговорами о болезни с другими больными. Поэтому в психортопедическое отделение помещались только предварительно клинически исследованные больные, у которых не было невротических проявлений в виде выраженных припадков или значительной эмоциональной неустойчивости. Стиль работы психортопедического отделения должен был способствовать максимальной установке на здоровье, с тем чтобы его режим как можно меньше напоминал о болезни. Пациентов предупреждали, что хотя лечащий врач будет оказывать им все необходимое внимание, их, однако, будут считать как бы здоровыми, т. е. обычные обходы с расспросами о болезни и выслушиванием жалоб исключались. Врачи этого отделения действительно уделяли больным много внимания, находясь в стационаре значительную часть дня. Но собственно для разговоров о болезни пациент пользовался теми часами, которые назначались для индивидуальных *психотерапевтических бесед*. Остальное время было занято ручным трудом, физкультурой, в том числе эвритмической гимнастикой, общими беседами с врачами на различные темы, касающиеся нервно-психического здоровья, и др.

Таким образом, день больных был заполнен различными занятиями, что позволяло не только отвлечь их от мыслей болезненного характера, но и создать бодрое настроение, выявить наиболее здоровые стороны индивида и выработать навыки самодисциплины. Работа с пациентами, как отмечал В. А. Гиляровский, требовала перевоспитания, своего рода П., поэтому считалось необходимым изменить сознание больного, его психические установки по отношению к окружающим, подавить в нем все болезненное и заменить его более здоровым мировосприятием. В связи с этим существенное значение придавалось внедрению в сознание пациентов таких представлений, которые могли бы укрепить их стремление к здоровой, деятельной жизни. Большое значение поэтому имело чтение жизнеутверждающей литературы. В частности, больным рекомендовалось заучивать стихотворения, «поскольку красивая поэтическая форма облегчает усвоение одетых в нее образов и проникающих все произведение настроений и несомненно приносит пользу». Больные называли эти стихотворения «бодрящими». Помимо содержания придавалось значение ритмической форме произведений.

Таким образом, все эти компоненты составляли режим, который не только исключал возможность каких-либо вредных воздействий, но и являлся важнейшим фактором в общей работе по П. Создание более или менее однородных коллективов больных неврозами при значительной сознательности их в целом и при наличии в большинстве случаев вполне определенной установки считать себя именно членом коллектива естественно привело к необходимости реализации, помимо принципа «коллективной индивидуализации», еще и принципа активного вовлечения в работу по П. всех больных уже в составе коллектива.

В эти же годы в психортопедическом отделении Донской невропсихиатрической лечебницы под руководством В. А. Гиляровского разрабатывалась методика *коллективной психотерапии* больных неврозами (Озерецковский Д. С., 1927).

**ПСИХОПАНТОМИМА.** Метод, основанный на невербальной активности пациентов. П.

предполагает самовыражение пациентов и их взаимодействие без помощи слов через движения, жесты, мимику, прикосновения. Сочетание движения, жеста, мимики и осязания предоставляет более широкие возможности для выражения и передачи своих ощущений и намерений без слов. Пантомимические техники помогают пациенту в познании самого себя, мотивов и особенностей своего поведения, содержания и интенсивности эмоциональных переживаний, способов реагирования в различных ситуациях, а также способствуют обучению новым формам поведения, особенно в области выражения своих эмоций в невербальной форме. Эти приемы также углубляют восприятие пациентами невербального поведения других людей. Особенно эффективной оказывается П., если человек испытывает трудности в *вербализации* и *осознании* собственных эмоций, а также при склонности к чрезмерной интеллектуализации. Часто пантомимические техники используются в качестве невербальной *обратной связи*, предоставляющей пациенту непосредственную, не содержащую *интерпретации* информацию о том, как воспринимают его другие (например, прием невербального зеркала в *психодраме*) и как реагируют на его поведение. П. как вид коллективного взаимодействия может способствовать формированию групповой сплоченности, созданию в группе теплой, раскрепощающей атмосферы взаимного принятия. В П. применяются различные технические приемы: моделирование ролей и позиций в разных ситуациях (в группе, в ближайшем окружении, в семье, в ситуациях конфликта, напряженности, неопределенности и пр.); пантомимические портреты других людей, семейный портрет, автопортрет; зеркало; выражение различных эмоций, разрешение конфликтов с помощью невербальных средств; невербальная ролевая игра и др. П. широко используется в процессе *групповой психотерапии* и составляет содержательную часть *психогимнастики*. При этом пантомимические приемы носят различный характер (конкретные, абстрактные, фантастические) и тематически охватывают следующие области: типичные бытовые ситуации, общечеловеческие конфликты (внешние и внутренние), специфическую проблематику отдельных пациентов и интерперсональные отношения в группе. Кроме групповой психотерапии П. применяется в качестве вспомогательного приема также в других психотерапевтических направлениях и методах (*психодрама*, *гештальт-терапия*, *группы встреч*, *семейная психотерапия*, психотерапия у детей и подростков и др.).

**ПСИХОПРОФИЛАКТИКА.** Область психиатрии, по данным же некоторых авторов — раздел общей профилактики. Разрабатывает и внедряет в практику меры по предупреждению психических заболеваний, их хронизации; способствует реабилитации психически больных. Понятие П. тесно связано с понятием *психогигиены*, разграничение их (особенно психогигиены и первичной П.) довольно условно. Главным отличием, по мнению одних (Рохлин Л. Л., 1976), является разная направленность этих двух дисциплин: если «психогигиена главной целью имеет сохранение, укрепление и улучшение психического здоровья путем организации надлежащей природной и общественной среды, соответствующего режима и образа жизни, то П. направлена на предупреждение психических расстройств». Другие авторы считают, что отличие психогигиены и П. — в объекте их исследования и практического применения: психогигиена направлена на сохранение психического здоровья, а П. «охватывает область субклинических и клинических нарушений» (Мягер В. К., 1976).

Проблемам П. в той или иной мере уделялось внимание с давних времен. Однако начало систематизированной психопрофилактической деятельности в отечественной психиатрии обычно связывают с именем И. П. Мержеевского, который на I съезде психиатров поднял вопрос о «социальной этиологии» психических заболеваний. Он указал на то, что нервные и психические болезни в большинстве случаев являются следствием неблагоприятных социальных условий, таких как войны, экономические кризисы, банкротство, низкая культура, чрезмерные требования в школе, злоупотребление спиртными напитками и др. С. С. Корсаков выдвинул идею «государственной психиатрической профилактики», которую считал разделом общественной психиатрии, и предложил ее программу, включавшую борьбу с эпидемиями, алкоголизмом, наркоманией, охрану здоровья детей и беременных женщин, разработку законодательства, регулирующего время труда рабочего, правильное воспитание и др. Прогрессивные идеи выдающихся отечественных психиатров актуальны и сегодня. П. выдвигает все новые задачи и привлекает к их решению ученых и практиков (Немчин Т. А., 1983; Курпатов В. И., 1994; Литвак М. Е., 1993; Ульянов И. Г., 1996).

Согласно классификации ВОЗ, выделяют первичную, вторичную и третичную П. Первичная П. включает мероприятия, предупреждающие возникновение нервно-психических расстройств, вторичная

П. объединяет мероприятия, направленные на профилактику неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний, их хронизации, на уменьшение патологических проявлений, облегчение течения болезни и улучшение исхода, а также на раннюю диагностику. Третичная П. способствует предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, рецидивов и дефектов, препятствующих трудовой деятельности больного. Робертс (Roberts С., 1968) считает, что первичная П. складывается из общих мероприятий, направленных на повышение уровня психического здоровья населения, и специфической части, которая включает раннюю диагностику (первичный уровень), сокращение числа патологических нарушений (вторичный уровень) и реабилитацию (третичный уровень). Существуют и другие взгляды на П.

Как и психогигиена, П. находится в тесной взаимосвязи с другими медицинскими и немедицинскими дисциплинами. В психопрофилактической деятельности принимают участие представители самых разных профессий — врачи, психологи, педагоги, социологи, юристы. Привлечение к разработке и осуществлению психопрофилактических мероприятий тех или иных специалистов и их вклад зависит от вида П. Так, для первичной П. особенно значимы психогигиена и широкие социальные мероприятия по ее обеспечению: борьба с инфекциями, травмами, патогенными воздействиями окружающей среды, вызывающими те или иные нарушения психики. К задачам первичной П. относятся также определение факторов риска — групп лиц с повышенной угрозой заболевания или ситуаций, также несущих в себе угрозу вследствие повышенного психического травматизма, и организация психопрофилактических мер по отношению к этим группам и ситуациям. Здесь важную роль играют такие дисциплины, как медицинская психология, педагогика, социология, юридическая психология и др., позволяющие осуществлять превентивные меры в отношении семейных конфликтов, правильное воспитание детей и подростков, организационные и психотерапевтические мероприятия в остроконфликтных ситуациях (*кризисная психотерапия*), профилактику профессиональной вредности, правильную профессиональную ориентацию и профессиональный отбор, прогнозирование возможных наследственных заболеваний (медико-генетическое консультирование). Во вторичной П. ведущую роль играет комплексная фармако- и психотерапия. При третичной П. основное значение приобретает социальная реабилитация.

Вторым важным моментом в дифференциации задач и методов П. могут являться особенности и вид психических расстройств, в отношении которых проводится психопрофилактическая работа: преимущественно функциональная или органическая природа психической патологии; реактивная или процессуальная форма течения; обратимость болезненных явлений; ведущее значение биологического или социального фактора. Учет перечисленных моментов требует дифференцированной П. с обращением внимания на нозологию психических расстройств. Л. Л. Рохлин отводит главную роль определению в каждом из них соотношения и ведущего значения биологического и социального. Другие исследователи (Мягер В. К., 1985) подчеркивают неспецифичность первичной П., в которой раннее психологическое воздействие имеет значение для предупреждения любых заболеваний, в генезе которых существенную роль играет эмоционально-аффективное перенапряжение.

При предупреждении расстройств психической деятельности, т. е. в комплексе психопрофилактических мер, следует учитывать как факторы окружающей среды, так и этиологические и патогенные факторы, существующие в самом человеке, обусловленные его конституцией и преморбидными личностными особенностями. Здесь нужно иметь в виду 3 аспекта: а) личностный, б) характер интерперсонального взаимодействия, в) ситуационный — в их взаимосвязи. При разработке психопрофилактических мер должны учитываться и впоследствии при осуществлении использоваться защитные силы самого организма, сохранные стороны психики, которые следует стимулировать, усиливая сопротивление организма и личности болезни и компенсируя ее последствия.

Важную роль в развитии П. играют совершенствование структуры и увеличение числа практических психиатрических учреждений, прежде всего таких, как дневные стационары, ночные профилактории, лечебно-производственные и трудовые мастерские, психиатрические отделения в соматических больницах, *психотерапевтические кабинеты* в поликлиниках, консультации по вопросам семьи и брака, кризисные центры, психологическая служба по телефону, различные формы клубной работы с больными, перенесшими нервно-психические заболевания, кабинеты психологической и психофизиологической разгрузки и кабинеты профотбора и профориентации на производстве. Большое

значение имеет также совершенствование методов диагностики и лечения больных с начальными, легкими, латентными формами психических расстройств.

**ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕТОД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ.** Представляет собой систему предупредительных мер против появления и развития болей при родах. Впервые И. З. Вельвовский и его коллеги ознакомили медицинскую общественность с этим методом в 1949 г. Ведущим звеном предложенной психопрофилактической системы является предупреждение и устранение причин, вызывающих такие нарушения физиологического равновесия высших отделов нервной системы, при которых возникает боль. Рассматривая беременность и роды в свете нервизма, авторы представляли их как акты, определяемые цепью безусловных рефлексов, усложненных инстинктивной, а далее и условно-рефлекторной деятельностью, и руководимые корой в ее сложных соотношениях с подкоркой. Родовая боль с позиций кортиковисцерального направления может быть двух видов. Боль как сигнал ноцицептивного, т. е. вредоносного, свойства, условно названная «органогенной». Раздражения, являющиеся только подпороговыми, но при известных обстоятельствах становящиеся болевыми (даже при отсутствии сигналов периферической органной ноцицептивности, т. е. когда процессы развиваются в «физиологическом диапазоне»), условно были названы «кортикогенной болью». Кортикогенная боль возникает при определенном функциональном состоянии коры, например в случае изменения тонуса коры и возникновения в ней гипноидных фазовых состояний, особенно парадоксальной и ультрапарадоксальной фаз. Исходя из этого, авторы делают важный для построения профилактической системы вывод о том, что роды как физиологический акт и в нейродинамике не создают таких индукционных отношений, которые неизбежно вызывают переживание боли, т. е. боль при родах можно предупредить. В качестве основной задачи выдвигается устранение причин (отклонений или нарушений нормального физиологического течения беременности и родов), наличие которых может способствовать возникновению боли. Для недопущения «болевого озвучивания» подпороговых неболевых сигналов, их перехода в сверхпороговое положение и тем более для подавления болевых сигналов, по мнению авторов, необходимо, чтобы кора находилась в бодрствующем состоянии, при хорошем тонусе, со способностью к активному включению механизмов торможения. Такая позиция использования при *психопрофилактике* болей в родах закономерностей бодрого, а не тормозного состояния коры (как это имело место при гипносуггестии), определила смещение акцента на введение коры в активное состояние, повышение порога возбудимости, использование упражнений на тренировку активного торможения. Это был поворот от применявшихся ранее гипносуггестивных методов к использованию всего многообразия психотерапевтических приемов воздействия в условиях бодрого статуса коры пациента. Таким образом, главным отличием системы от применявшихся в акушерстве и гинекологии гипносуггестивных и медикаментозных методов обезболивания родов являлся ее психопрофилактический характер.

Система психопрофилактического обезболивания родов предусматривала комплекс мер и приемов, направленных на достижение следующих целей:

- 1) предупреждение нарушений физиологического течения беременности, раннее их диагностирование и своевременное лечение;
- 2) максимальное избавление женщин от ложных тревог, страхов и связанных с ними отрицательных эмоций;
- 3) ознакомление с основными физиологическими закономерностями родового акта, делающее его понятным для рожениц;
- 4) обучение на этой основе применению мер, способствующих физиологическому родоразрешению и активному поведению женщин в родах;
- 5) перестройка традиционных взглядов и представлений о неизбежности страданий в родах.

Для этого использовались следующие медицинские и общественно-просветительские методы и мероприятия: 1) методика психопрофилактической подготовки беременной к родам в консультации, по возможности с первого ее обращения, с непременным усилением подготовки в последующие недели; 2) специальные формы патронажа, направленные на создание благоприятных психологических условий в ближайшей социальной среде (муж, мать и др.); 3) определенная психологическая тактика ведения беременных в консультации и особенно рожениц в стационаре; 4) специальная тактика поведения персонала при руководстве родоразрешением в стационаре, основанная на сочетании современных

методов акушерства с учетом психо- и нейродинамических закономерностей родового акта; 5) воспитание персонала учреждений родовспоможения в духе «стерильности слова и поведения» и построение режима этих учреждений, сочетающего принципы активирования и стимулирования личности роженицы с принципом защиты от ятрогений; 6) осуществление целенаправленного санитарного просвещения в обществе.

Таким образом, в системе психопрофилактики обезболивания родов тесно связаны и переплетены акушерско-гинекологические и общемедицинские мероприятия с психопрофилактическими и психогигиеническими, а также педагогическими и просветительскими. Наиболее специфичным элементом системы являются занятия по психопрофилактической подготовке беременных, направленные на то, чтобы предстоящие роды стали понятными для беременных. Приобретенные знания позволяют предупредить возникновение чрезмерных ориентировочных реакций во время родов и связанных с ними тревоги, страха, паники. Во время занятий беременных готовят к поведению и выполнению приемов, необходимых при родах (техника усиления родовых схваток, приемы обезболивания и др.). Когда в системе психопрофилактики обезболивания родов речь идет об управлении роженицей, то в первую очередь имеется в виду управление ее эмоциями и поведением. Первостепенным является обучение роженицы способам стимулирования тонуса коры головного мозга путем использования возбуждающих импульсов. Авторы предложили ряд двигательных приемов, которые действуют в качестве сенсомоторных раздражителей и могут быть связаны в сознании женщины с родовым актом и стимулированием динамических структур, относящихся к нему.

П. м. о. р. представляет собой настоящее обучение новым навыкам, осуществляемое в форме занятий, лекций, бесед со всеми атрибутами школьно-лекционного педагогического процесса: таблицами, рисунками, схемами, фотографиями и другими наглядными пособиями. Занятия должны начинаться с первого посещения консультации, а затем, с 32-й недели беременности, проводятся 1 раз в неделю. Заканчивается обучение за 7-14 дней до ожидаемого срока родов. Подготовка включает не менее шести занятий. Учебное занятие не только по содержанию, но и по форме изложения должно соответствовать уровню образования и общего развития беременной женщины.

Первое занятие проводится отдельно с каждой беременной. Индивидуальный характер его связан с необходимостью сбора анамнестических данных. Остальные занятия проходят в группах по 5-6 человек с приблизительно одинаковым уровнем общих знаний по следующему плану: второе занятие — описание доношенной беременности, определение основных периодов родов; объяснение причин, вызывающих боли при родах, и способов их устранения; третье — подготовка к первому периоду родов (разъяснение течения и сущности родов и поведения роженицы); четвертое — подготовка ко второму и третьему периодам родов (разъяснение течения и сущности родов, поведения роженицы); пятое — обобщение материала третьего и четвертого занятий и тренировка навыков правильного поведения во время родов; шестое — ознакомление с процедурами и порядками родильных домов, с правилами отправок ряда физиологических потребностей при родах. При повышенной тревожности у беременной количество занятий увеличивается. Для беременных с функциональными нарушениями нервной системы, с сопутствующими заболеваниями сердца, почек предлагается своя тактика и специфика занятий при сохранении общей, изложенной выше стратегии.

В систему психопрофилактического обезболивания родов авторы включают и психотерапевтические методы, но считают, что их необходимо применять только при наличии патологических состояний, которые выявляются в процессе психопрофилактической подготовки беременной к родам. Подчеркивается, что психотерапия включается в систему психопрофилактики не для «лечения болей в родах», а, как «всякая другая терапия, применяется для лечения тех болезненных состояний, которые, предшествуя или сопутствуя родам, создают патофизиологические предпосылки как для отягощенного их течения, так и для возникновения в родах болевых ощущений». Другими словами, психотерапия используется в системе не для лечения болей, а для их предупреждения.

П. м. о. р. (Вельвовский И. З., 1963) нашел широкое применение не только в России, но и за ее пределами.

**ПСИХОПУНКТУРА КАЛЕРА.** Метод разработан немецким психиатром и психотерапевтом индонезийского происхождения Калером (Calehr Н.). П. К. имеет двойственное значение. С одной стороны, метод предполагает воздействие на психику («укол») путем лечения тела, соматотерапию,

например с помощью акупунктуры. С другой стороны, это вмешательство в душу (атму) или сердце, вызванное *катарсисом* (отреагированием), который опосредован специфическим глубинно-психологическим, эзотерически-духовным тестом, названным автором Основным Эмоциональным Структурным Тестом (Basic Emotional Structuring Test), сокращенно BEST, играющим важную психотерапевтическую роль. BEST, по Калеру, открывает далеко идущие перспективы в диагностике и психотерапии, обнажая глубоко лежащий в человеке конфликт таким, каким он существует в нашем нацеленном на достижения обществе, в особенности в сфере повседневных интересов.

П. К. включает в себя широко распространенные знания транскультурной психотерапии в соединении с акупунктурой, а также такие методы, как традиционная китайская медицина, аюрведа, *йога*, *медитация*, *психоанализ*, гомеопатия, гербология (лечение травами), психофармакология, биоритмология, антропософия, этнопсихиатрия, *музыкотерапия*, *арттерапия*, эрготерапия, ароматотерапия (лечение запахами), флауэртерапия (лечение цветами), литотерапия (лечение минералами), астрологическая терапия, парapsихология и др., в интегрированной системе холистической концепции.

Современные психосоматические исследования в медицине направлены на решение естественнонаучных задач. Для использования наиболее исчерпывающей терапии психогенных болезней, целиком ориентированной на человека, понимание взаимоотношений между психикой и телом, телом и психикой как гармонии и порядка — принцип Тао, Вед и Суфи — оказались новым и важным как для эзотерически-духовного, так и для естественнонаучного аспекта психосоматической медицины. Физический, психический и биографический опыт пациента, страдающего психогенным заболеванием, проходит стадию обогащения при включении знания психосоматического исследования. Результатом этого являются новые подходы в психотерапевтическом, соматотерапевтическом (акупунктура), медикаментозном лечении, арттерапии и т. д. психогенных болезней.

Психопунктурная терапия использует классическую акупунктуру как соматотерапию в соединении с Суфи-медитацией как психотерапией. Таким образом, пациент получает двойной эффект от лечения уже во время первого сеанса. Даже при отсутствии эффекта от акупунктуры психопунктурная терапия может дать положительный результат. По Калеру, в этом случае психопунктура может оказывать терапевтический эффект через психоиммунную систему пациента, BEST позволяет дать мантру (ключевое слово), в подборе которой Суб-Эго индивида играет главную роль. Специально подобранная фоновая музыка вводится в занятие как неотъемлемая часть лечения пациента — музыкотерапия. Важную роль, с точки зрения Калера, здесь играет Супер-Эго.

По данным Калера, разработанный им метод может использоваться при психозах, неврозах, пограничном синдроме, токсикоманиях. Применяемый при лечении психодиагностический тест, созданный автором, прост, экономичен и эффективен. Его «проникающее в душу эмоционально-когнитивное воздействие делает его в психодиагностической и терапевтической практике более предпочтительным, чем другие известные психологические тесты» (Калер, 1994).

**ПСИХОСИНТЕЗ.** Начало концепции П. заложено в тезисах Ассаджиоли (Assagioli R.); автор представил их в 1910 г. на соискание ученой степени доктора наук по *психоанализу*. Он развивал свои идеи и соединил в практической деятельности различные приемы психотерапии, высказывая эти взгляды в лекциях, публикуемых статьях и брошюрах, одна из которых была издана на английском языке в 1927 г. под названием «Новый метод лечения — психосинтез».

В 1926 г. в Риме Ассаджиоли основал Институт психосинтеза. Вторая мировая война прервала его деятельность, но с 1946 г. лекции по П. читались в Италии, Швейцарии и Англии. В 1957 г. в США была основана Ассоциация по исследованию психосинтеза, а во Флоренции (Италия) возобновил свою деятельность Институт психосинтеза. В 1959 г. был создан Центр психосинтеза в Париже, а в 1965 г. Индийский институт психосинтеза.

Слово «П.» и такое выражение, как «ментальный синтез», использовались многими психологами и психиатрами. Только в области психотерапии следует выделить Жане (Janet P.), который говорил о *synthese mentale*. Начав с рассмотрения явлений психологического автоматизма, он обнаружил, что существует много видов психической деятельности, протекающей независимо от сознания пациента. Другие исследователи, в том числе *Фрейд* (Freud S.), также отмечали синтезирующую функцию «Я». Но они использовали этот термин только в плане лечения функциональной диссоциации, т. е.



восстановления состояния, существовавшего перед диссоциацией вследствие психологической травмы или сильного конфликта. Юнг (Jung C. G.) упоминал синтез, имея дело с трансцендентальной функцией, а Кречмер (Kretschmer W.) и др. использовали слова «синтез», «психосинтез», «синтез бытия», «синтетическая психотерапия» в более глубоком и широком смысле — как развитие цельной и гармоничной личности. Главной целью П. является гармонизация и объединение в единое целое всех качеств и функций человека, что требует конструктивного использования всех освобожденных и активизированных побуждений личности. В свою очередь, это рождает много проблем и психосинтетических задач, связанных с межличностными отношениями и специальной интеграцией (П. мужчины и женщины, П. человека с различными группами людей, П. между группами, П. между нациями, П. всего человечества).

П. разрабатывался и использовался главным образом в психотерапии, но его принципы и методы могут применяться и в других областях, в первую очередь в психологической или психической гигиене для предотвращения невротических и психологических нарушений, в области образования. Особенно полезно применение П. при обучении одаренных и сверходаренных детей, у которых сверхсознательные функции пробудились или пробуждаются и их активность необходимо направлять и интегрировать с действием других функций. Еще одна сфера применения П. — межличностные и межгрупповые отношения, требующие регулирования и гармонизации. Наконец, П. может использоваться человеком для самовосприятия, ускорения внутреннего роста и *самоактуализации*, что должно быть целью, внутренней потребностью, жизненной экзистенциальной необходимостью каждого. Таким П. должен заниматься или, по крайней мере, пытаться серьезно заниматься любой врач, общественный работник и педагог (включая родителей).

В основе П. лежит сознательное и целенаправленное использование самоидентификации или дисидентификации. Начинается оно с создания динамичного центра, на котором основан весь процесс синтеза психологического многообразия в органическое целое. Самоидентификация является эффективным средством управления различными элементами личности и основана на фундаментальном психологическом принципе: «Над нами доминирует все, с чем наше "Я" идентифицировало себя. Мы управляем всем, от чего мы себя дисидентифицировали».

Интересно, что каждый человек имеет определенный тип самоидентификации, и тем не менее очень немногие когда-либо спрашивали себя, что это на самом деле значит, как это наиболее сознательно осуществить и какие последствия это влечет. «Самоидентификация», или «аутоидентификация», — достаточно неопределенный термин, и поэтому следует выделять три его различных значения.

Первое значение: индивидуум идентифицирует себя с тем, что составляет для него высшую ценность и чему он придает наибольшее значение. Этот тип самоидентификации может быть, с одной стороны, доминирующей функцией или фокусом сознания, а с другой — главной функцией или ролью, играемой в жизни. Например, девушка, которая участвует в конкурсе красоты, идентифицирует себя со своим телом и его совершенством. В этом ее фокус и точка самоидентификации, она прилагает всевозможные усилия для улучшения и сохранения своего тела. Спортсмен также идентифицирует себя со своим телом, но с иных позиций — с его мышечной силой и управляемостью. Группа интеллектуалов идентифицирует себя с умом, с мощью своего мозга и рассматривает себя в основном как мыслителей. У других более заметна самоидентификация с ролью. Например, многие женщины идентифицируют себя с ролью матери, а потому действуют и живут только как матери. Этот тип самоидентификации не дает переживания чистого «Я». Последнее, чувство собственной личности, тесно связано и почти сливается с фокусом оценки или ролью. Это приводит к тяжелым последствиям:

- 1) индивидуум не знает и не реализует себя на самом деле;
- 2) идентификация с одной частью своей личности исключает или значительно уменьшает способность к самоидентификации с другими частями и составляет камень преткновения в П.;
- 3) отношение как к ролевому, так и к доминантному типу самоидентификации; сам жизненный процесс делает их поддержание невозможным, например, старение прекрасной женщины, потеря силы атлетом, разрушение роли матери, взросление или смерть детей.

Все это может привести к серьезному кризису: индивидуум чувствует себя потерянным, и это трагедия многих людей, которая зачастую приводит к крайнему самоотрицанию — самоубийству.

Второе значение, которое дают термину «самоидентификация», — это внутреннее ощущение чистого самосознания независимо от любого содержания или функции его в смысле личности. Переживание чистого «Я», самосознания своей личности, независимой от всего внешнего, не возникает спонтанно, а является результатом определенного внутреннего экспериментирования.

Третье значение «самоидентификации» — осуществление высшего, или духовного, «Я». Оно отличается от переживания чистого «Я», но неотделимо от него полностью, так как существует одно «Я». Выделяют лишь различные уровни самоосуществления. Между самосознанием нормального уровня и полным духовным самоосуществлением имеются промежуточные стадии, или уровни.

Процесс достижения чистого самосознания на уровне личности не прямой. Здесь все время присутствует «Я», но прямого осознания его присутствия нет. Поэтому необходимо устранение всех частичных идентификаций. Эту процедуру можно выразить одним словом — интроспекция, что означает направление умственного взора или наблюдательной функции ума на мир психологических фактов, психологических событий, которые мы можем осознавать.

С помощью интроспекции мы приобретаем более сфокусированное, ясное осознание того, что Джеймс (James W.) назвал потоком разума, непрестанно текущим в нас. Это именуют также и позицией внутреннего наблюдателя.

Первая область внутреннего наблюдения, или интроспекции, — это ощущения, возникающие в теле; вторая — калейдоскоп эмоций и чувств; третья — сфера умственной деятельности, ментального содержания.

На практике существует постоянное взаимодействие между ощущениями, эмоциями и умственной деятельностью. Различие обусловлено лишь фокусированием внимания наблюдателя. Имеется отличие между этими тремя взаимосвязанными областями психологической деятельности и наблюдателем как таковым. Объективное наблюдение спонтанно и неизбежно вызывает чувство дисидентификации от любого содержания этих областей. Напротив, осознается стабильность и неизменность наблюдателя, который начинает понимать, что он может не только пассивно следить, но и в разной степени влиять на спонтанный поток, последовательность различных психологических состояний. Таким образом, он осознает себя отличным, дисидентифицированным от психологического содержания. Иными словами, человек должен активно различать содержание поля сознания и его центр, то, что его творит, — «Я». Здесь необходимо использовать метод последовательных дисидентификаций от различных групп или слоев этого содержания — физических, эмоциональных и ментальных — с учетом адаптации метода в терминологии и языке к культурному уровню пациента.

При лечении самоидентификация должна быть использована как можно раньше, так как это облегчает применение и усиливает действие всех остальных приемов. Методы самоидентификации являются основными не только в лечении П.; в образовании и интеграции личности они могут играть роль защитного механизма против постоянного избыточного потока влияний, внутренних и внешних, которые пытаются захватить «Я» и требуют идентификации. Эти приемы рассматривают также как часть повседневной духовной гигиены, поэтому самоидентификацию рекомендуют использовать в психотерапии как можно чаще, минимум 1 раз в день.

П. может стать: 1) методом психологического развития и осуществления истинного «Я» (самоактуализации) для тех, кто отказывается быть рабом своих внутренних иллюзий или внешних влияний, кто не хочет пассивно подчиняться игре психологических сил и решил стать хозяином своей собственной жизни; 2) методом лечения психологических и психосоматических нарушений, когда причина беспокойства — бурный и осложненный конфликт между сознательными и бессознательными силами или когда нарушения обусловлены глубинными и мучительными кризисами (не вполне понимаемыми самим пациентом), часто предшествующими фазе самоактуализации; 3) методом интегрального обучения, который не только благоприятствует развитию способностей ребенка или подростка, но и помогает ему обнаружить и осознать свою истинную духовную природу и создать на ее основе гармоничную, целесообразно живущую личность.

П. рассматривают и как индивидуальное выражение более широкого принципа — общего закона межличностного и космического синтеза. С более исчерпывающей, всеобъемлющей точки зрения всемирная жизнь сама по себе выступает для нас как борьба между разнообразием и единством — усиление и стремление к единению.

Выделяют личностный П. и духовный П. Личностный П. помогает избавиться от избытка энергии, высвобождаемой при исследовании бессознательного, и служит для управления избытком эмоциональной энергии, которая у многих людей составляет часть их натуры. Такой П. для многих пациентов является чрезвычайно желательным и вполне удовлетворительным достижением, превращая их в гармоничные личности, приведшие в порядок свой внутренний мир и отношения с обществом людей, к которому они принадлежат и которому приносят пользу.

Духовный П. — более широкий и высокий тип П. по сравнению с личностным и ориентирован на людей, которые не могут быть удовлетворены достижением последнего, хотя другим и это может казаться значительным успехом.

В нашей стране П. как метод лечения и профилактики нервно-психических расстройств до недавнего времени практически не применялся, подобно другим психодинамически-ориентированным методам психотерапии.

**ПСИХОТЕРАПЕВТ.** Это подготовленный специалист, умеющий диагностировать и лечить заболевания, преимущественно психогенного происхождения, целенаправленно применяя в качестве лечебного средства психологическое воздействие. Из-за специфики психотерапии он в той или иной мере привносит в лечебный процесс своеобразие своей личности, собственной системы ценностей, предпочитаемых теоретических ориентации и психотерапевтических технологий. Для разных направлений психотерапии характерны различные акценты в оценке значимости личностных качеств П. или психотерапевтических приемов для эффективности лечения. Это различие обнаруживается при сопоставлении клиент-центрированной, поведенческой, рационально-эмоциональной, психодинамической психотерапии.

В *клиент-центрированной психотерапии* П. во взаимоотношениях с пациентом является искренним, подлинным (аутентичным), стремится сохранять безусловную положительную позицию по отношению к больному, принимая (акцептируя) его с уважением как личность, включающую отдельные слабости и недостатки. При этом П. должен быть эмпатичным, способным вчувствоваться во внутренний мир пациента, уловить и вербализовать те эмоции, которые тот еще только начинает осознавать. Конечно, это идеальная модель поведения специалиста, в действительности чаще наблюдается лишь определенное приближение к ней. Большое значение придается более полному выражению чувств П. в лечебном процессе как фактору, усиливающему его эффективность. Повышение личностной включенности в процесс взаимодействия с пациентом составляет важную задачу П.

Противоположным является поведение П. в ходе *поведенческой психотерапии*. В этом случае врач, как правило, директивно управляет лечебным процессом и добивается желаемых целей, используя определенные психотерапевтические приемы. Важными свойствами П. является профессиональная манипуляция процессом взаимодействия с пациентом, умение поощрять и подкреплять его полезные реакции, убеждать и скрыто внушать. Вместе с инструкциями он дает советы и рекомендации, выступает в роли учителя.

Стиль работы П. в ходе *рационально-эмоциональной психотерапии* определяется необходимостью активного сотрудничества пациента по типу партнерства на всех стадиях психотерапии. Установлению оптимального взаимодействия помогают такие характеристики П., как способность к *эмпатии*, дозируемая открытость, умение сосредоточиться на конкретной проблеме и не уходить при необходимости от *конфронтации*. Взаимоотношения временами могут приобретать образовательный характер по типу учебного союза «учитель—ученик».

Особенности *личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова* диктуют П. активный, но гибкий стиль поведения, преимущественно с эмпатическим подходом, при котором удастся избежать крайностей директивного и недирективного стилей.

В психодинамической психотерапии в соответствии с особенностями аналитической ситуации П. занимает позицию эмпатической объективности, сдержанности и нейтралитета. Термин «нейтралитет» не подразумевает безразличие, пассивность, он используется для описания общего отношения П. и включает в себя профессиональный кодекс, т. е. уважение к индивидуальности пациента, его праву быть хозяином своей жизни, не допускать, чтобы в нее вторгались или ее нарушали бы собственные предпочтения и потребности аналитика (Greenson R. R., 1965). В ходе *классического психоанализа*

поведение П. определяется утверждением *Фрейда* (Freud S.), что аналитик подобен экрану или зеркалу по отношению к пациенту, отражает его проявления и не вносит собственных чувств и личностных ценностей, а также соблюдает «технический нейтралитет», чтобы предотвратить возможность переносных эротических притязаний на него больного. *Контрперенос* включает собственные чувства аналитика, его отношение притязаний к пациенту и является, согласно Фрейду, помехой в практической работе П., будучи проявлением его бессознательных потребностей и конфликтов. По мнению современных психоаналитиков, контрперенос — полезный практический инструмент анализа и осознания П. своих реакций; он обеспечивает дополнительные возможности для распознавания бессознательных процессов пациента. В *психоаналитической психотерапии* от врача требуется создание лечебного альянса, или рабочего союза, с пациентом, отражающего реальные рациональные и нерегрессивные отношения. В *аналитической психологии* решающую роль в успехе психотерапии играют не столько узкоспециальные знания П., сколько степень его развития как личности. По этой причине *Юнг* (Jung C. G.) первым ввел обязательный учебно-тренировочный анализ для всех желающих профессионально заниматься аналитической психологией. Он настаивал на необходимости рационального, разумного контакта между аналитиком и пациентом. Однако врач, стремящийся к пониманию больного, приближается в процессе анализа к своему собственному бессознательному и сталкивается с тем, что превращает его в «раненого целителя». Юнг был одним из первых, кто использовал контрперенос как терапевтический инструмент, он считал его важным источником информации для П. Аналитик способен настроиться на внутренний мир пациента в такой степени, что начнет чувствовать или вести себя в манере, которую позднее может осознать как продолжение внутриспсихических процессов последнего, спроецированных на него.

П. необходимо знать свои коммуникативные особенности, способы преодоления трудностей в жизни, свои проблемы. Нередко бессознательная потребность врача в подчинении и одобрении со стороны пациента, чрезмерное стремление руководить им и опекать его, нетерпимость к противодействию, негативным реакциям или агрессивности больного затрудняют установление надлежащего контакта. Отрицательно на ход психотерапии может влиять заниженная самооценка П., неуверенность, пассивность, поиск признания. Кроме того, сам процесс психотерапии может быть источником психологического дискомфорта для специалиста. С одной стороны, он не должен вовлекаться в переживания больного, чтобы объективно оценивать ситуацию, а с другой — следует быть открытым для его чувств, чтобы понять его. Врач обязан сохранять самообладание при отрицательных реакциях пациента по отношению к нему. П., как полагают психоаналитики, может освободиться от собственных неадекватных эмоциональных реакций и от неосознаваемой тенденции удовлетворять свои фрустрированные потребности (например, трудности выражения агрессии, потребность в признании, в удовлетворении сексуальных импульсов и т. д.) в общении с пациентами только с помощью длительного аналитического тренинга в качестве пациента.

В других направлениях психотерапии получили широкое признание различные тренинговые методы подготовки и совершенствования П. Интерперсональный вариант *тренинга* для П. ориентирован прежде всего на углубление осознания каждым участником путей формирования и развития группы, своего функционирования в ней, особенностей эмоциональной коммуникации с другими людьми, а при необходимости — и на изменение соответствующих аспектов своего восприятия, переживания и поведения. Терапевтический тренинг является формой кратковременной *групповой психотерапии*, предоставляющей участникам возможность анализа и коррекции своих эмоциональных проблем, освоения при решении этих проблем отдельных психотерапевтических приемов. В *балинтовских группах* П. проясняет собственные чувства, стереотипы поведения и «белые пятна», которые препятствовали и мешали ему в понимании и разрешении сложной ситуации при лечении пациента, в установлении эффективной коммуникации с ним. При этой форме тренинга речь идет не об изменении личности П., а о необходимой трансформации его профессионального «Я». Этой же цели могут достигать котерапевтическая (совместная психотерапия с опытным П.) и супервизорская (надзор опытного П.) модели подготовки П. В процессе тренинга существенное место занимают такие дисциплины, как психиатрия и медицинская психология.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ БЕСЕДА.** Основной метод получения (и обмена) информации, источник и способ познания и осознания психологических явлений на основе вербального (словесного)

общения между психотерапевтом и пациентом.

П. б. в соответствии с поставленными задачами выполняет различные функции: коммуникативную, диагностическую, информативную и лечебную. П. б. может быть по направленности содержания свободной (по типу исповеди) и структурированной конкретными ее задачами.

П. б. имеет ряд стадий: установление контакта, сбор анамнестических сведений и диагностика, определение динамики проявлений болезни в процессе лечения, психотерапевтические воздействия, оценка успешности хода психотерапии и итог поставленных и решенных в беседе задач. Уже во время первой беседы важны полное эмоционально положительное принятие пациента, внимательное и терпеливое вслушивание во все то, что он говорит. Если пациент высказывает ошибочные суждения, не следует демонстрировать явное несогласие или тотчас опровергать их. Психотерапевт остается искренним, но не пытается заставить пациента сразу принять его точку зрения. Эмпатический подход психотерапевта позволяет пациенту почувствовать себя свободнее, у него появляется доверие к врачу и ощущение того, что он понят; пациент более непринужденно высказывает свои переживания, сомнения и мысли, не боясь критики и осуждения.

Психотерапевт является важнейшим источником сведений, нужных больному, особенно на первом этапе лечения. Эти сведения касаются характера, причин и прогноза заболевания, методов лечения и перспектив выздоровления. Для психотерапевта весьма существенно как можно раньше выяснить все особенности собственной «концепции» болезни пациента, его представление о ее причинах и влиянии на жизненную ситуацию. С учетом этих данных и особенностей личности больного психотерапевт излагает пациенту свое понимание болезни и обсуждает с ним методы лечения. Эффективность П. б. может снижаться вследствие того, что предоставляемый пациенту материал слишком сложен для его понимания. Пациент запоминает лишь часть содержания беседы и нередко неправильно ее интерпретирует. Иногда способ постановки вопросов пациенту таков, что в самом вопросе содержится внушаемый ответ, или больной сообщает лишь те сведения, на которые своими прямыми вопросами направляет его врач, и в результате остаются невыясненными существенные области переживаний. П. б. является клиническим методом и в то же время имеет экспериментальный аспект. На протяжении ее психотерапевт делает для себя определенные предположения, а затем проверяет их на основании анализа полученного материала, воздействуя на пациента и учитывая его реакции на ответы. Для психотерапевта важно путем *обратной связи* добиться согласованной направленности, взаимопонимания в обсуждаемых вопросах.

Следующим элементом П. б. является обсуждение динамики проявлений болезни, коррекции неадекватной «концепции» болезни пациента, помощь в понимании им связи психогенных факторов и проявлений заболевания, усиление мотивации к активному участию в психотерапии. После уяснения больным связи между симптоматикой и психологическими факторами, участвующими в развитии заболевания, в содержании бесед происходят существенные изменения. Их предметом становятся уже не симптомы, а психологические проблемы, переживания и отношения личности. Особенности отношения пациента к психотерапевту, его поведение во время П. б. могут стать психотерапевтической «мишенью» для модификации некоторых конкретных дезадаптивных стереотипов общения больного с другими людьми. Существенным элементом П. б. является обсуждение с пациентом его усилий, трудностей и успехов в поэтапном (в соответствии с согласованными задачами) изменении прежних, болезненных способов переживания и поведения.

Выше были описаны наиболее общие особенности (функции, структура, элементы) П. б., независимо от конкретной формы психотерапии. Существуют, однако, специфические черты П. б. при различной ее направленности, в частности *психоаналитической психотерапии* и *клиент-центрированной психотерапии* как наиболее типичных форм «психотерапии беседой». Своеобразие П. б. в рамках *психоанализа* определяется соблюдением психоаналитиком правила «эмоционального нейтралитета» (избегание влияния со своей стороны на эмоции пациента, сохранение позиции «зеркала перед глазами пациента»), использованием *свободных ассоциаций* при получении материала для анализа, его *интерпретацией*, а также феноменами *сопротивления*, *переноса* и *контрпереноса* во взаимоотношениях врача и пациента. Основной задачей психоаналитика в П. б. является выявление переживаний, вытесненных в бессознательное, и помощь в осознании их пациентом, заостренное внимание к бессознательному, прежде всего к сексуальному (и агрессивному) и «инфантильному» в

содержании беседы.

При клиент-центрированной психотерапии П. б. проходит в атмосфере глубоко личного контакта при соблюдении психотерапевтом особых условий («*триада Роджерса*»): безусловного положительного принятия, эмпатического понимания и конгруэнтности в отношении пациента. При этом во время бесед пациент поощряется ко все более свободному выражению своих переживаний, их полному осознанию и включению в концепцию «Я» с целью ее конструктивной реорганизации. Существенным является также более полное выражение чувств самим психотерапевтом, его личностная включенность в П. б.

Заключительной стадией П. б. является подведение итогов. Важно точно сформулировать достигнутое и наметить следующие этапные задачи лечения, конкретизировав участие пациента.

Степень адекватности самовосприятия психотерапевта влияет на особенности восприятия и оценки им П. б. в целом. Согласно *Салливану* (Sullivan H. S.), психотерапевт как «участвующий наблюдатель» должен постоянно сознавать влияние своего поведения на весь ход П. б. Для эффективного управления П. б. психотерапевту важно не только учитывать собственные коммуникативные стереотипы и потребности, но и понимать и контролировать свои чувства, возникающие в процессе общения с пациентом.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА.** Малая целевая группа, относительно немногочисленная общность пациентов, находящихся между собой в непосредственном личном общении и взаимодействии, созданная для достижения определенных *психотерапевтических целей*.

На практике число членов П. г. колеблется от 3 до 30 человек. Возможно создание малых П. г. (до 10 человек), средних (от 11 до 20 человек) и больших (от 21 до 30 человек). Классическая П. г. находится на границе малой и средней и насчитывает обычно от 8 до 12 участников.

Классификация П. г. чаще всего основывается на критерии состава. При этом учитывается не только (и не столько) численный состав, сколько принцип однородности—неоднородности (гомогенности — гетерогенности). Проблема однородности—неоднородности охватывает такие параметры, как нозология, пол, возраст, образование, социокультурный уровень, синдромология, личностные особенности, основные типы конфликтов и пр. В настоящее время отмечается большое число сторонников однородности группы по нозологии. Вместе с тем имеются многочисленные данные, свидетельствующие об эффективности неоднородных в нозологическом отношении П. г.

Проблема однородности—неоднородности других переменных широко дискутируется в литературе. Сторонники неоднородности состава П. г. полагают, что в такой группе возможна более глубокая психотерапия, так как одна из важнейших ее задач заключается в *конфронтации* пациента, имеющего узкий диапазон поведенческих и эмоциональных стереотипов, с альтернативным поведением и реакциями. Разнородность группы способствует столкновению многих способов реагирования, дает пациенту возможность научиться различать оттенки в отношениях между людьми, учит терпимо, лояльно относиться к противоположным реакциям, чувствовать себя безопасно в непривычной среде, среди иных людей. Отмечают и такие преимущества разнородных групп, как более эффективное *научение*, всесторонняя «проверка действительностью», быстрое формирование группового «*переноса*», облегчение процесса создания группы.

Приверженцы однородных групп отмечают такие их особенности, как более быстрая взаимная идентификация, ускорение *инсайта*; уменьшение длительности лечения; быстрее возникает взаимная *эмпатия*, *катарсис*, уменьшаются *сопротивление* и проявления деструктивного поведения, реже формируются подгруппы. Подчеркивается, что оптимальный состав П. г. должен быть таким, чтобы ее члены, несмотря на различия, могли вести между собой дискуссию. В целом можно сказать, что более глубинная психотерапия предполагает большее разнообразие в составе групп. Так, при лечении больных неврозами особенно эффективными оказываются группы, разнородные по полу, возрасту, симптоматике, личностным проблемам, конфликтам и ряду других характеристик. При лечении крайних возрастных контингентов группы, как правило, являются однородными (дети, подростки, пожилые люди).

П. г. подразделяются на открытые и закрытые группы, т. е. периодически обновляющиеся или имеющие постоянный состав участников.

В *групповой психотерапии* П. г. — это малая группа, в которой в лечебных,

психотерапевтических целях используется *групповая динамика*.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ (ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ) НЕЙТРАЛЬНОСТЬ.** Одна из установок психоаналитика в процессе лечения — обязанность сохранять нейтральное отношение к религиозным, нравственным и социальным ценностям, не руководствоваться в лечении какими бы то ни было идеалами, воздерживаться от советов (Лапланш Дж., Понталис Дж. Б., 1996). Поскольку психоаналитическая техника требовала отказа от методов *внушения*, предполагающих осознанное влияние врача на пациента, она должна была опираться на принцип П. (п.) н. Слово «нейтральность» и концепция психоаналитической нейтральности содержали амбивалентность с самого начала рождения психоанализа, Фрейд (Freud S., 1914) полагал, что самая сильная угроза научной природе *психоанализа* исходит от *контрпереноса* («Нам не следует отказываться от нейтральности (индифферентности) к пациенту, которую мы приобрели, сдерживая контртрансфер»). В этом предостережении против реакций контрпереноса он использовал в 1914 г. впервые немецкое слова «Indifferenz» (безразличие), которое Страчей (Strachey J.) перевел на английский язык как «нейтральность». Фрейд придерживался того понимания науки, которое было характерно для эмпирицизма XIX в. Он следовал «позитивистской философии». Согласно последней приобретению знаний должно быть свободным от субъективных факторов, должна быть уверенность, что утверждения соответствуют «внешней реальности». Следовательно, одной из целей этой нейтральности (Indifferenz) была гарантия объективности анализа. Все же этот лозунг невозможно воплотить, как и требование, чтобы аналитик, стремясь к объективности, оставался нейтральным (безразличным). Каплан (Kaplan H., 1982) показал, что сам Фрейд не следовал этому идеалу и часто делал нормативные утверждения (Томэ Х., Кёхеле Х., 1996).

Призыв к нейтральности относится к различным областям деятельности психоаналитика: при работе над материалом, предложенным пациентом, не следует искать для себя преимуществ; чтобы избежать удовлетворения терапевтических амбиций, нужно отказаться от суггестивных техник; при решении проблемы целей рекомендуется не следовать собственным ценностям; и, наконец, при контрпереносе аналитик должен отказаться от любого скрытого удовлетворения собственных инстинктивных желаний (Томэ Х., Кёхеле Х., 1996).

Фрейд (1913) установил зависимость между трансфером и П. (п.) н.: «Можно испортить первый же успех, если с самого начала не занять позицию благожелательного сочувствия, пуститься в морализаторство или же начать выдавать себя за представителя или уполномоченного какой-то партии».

Свойство П. (п.) н. определяет не психоаналитика как реального человека, но, скорее, его роль; тот, кто строит истолкования и служит опорой трансферу, обязан быть нейтральным, иначе говоря, не вмешиваться в процесс психоанализа в качестве психосоциального индивида; нейтральность — это скорее идеал, некое предельное требование (Лапланш Дж., Понталис Дж. Б., 1996).

Значительная роль теории защит и конфликтов в психоанализе придает психоаналитической нейтральности соответствующее значение. А. Фрейд (Freud A., 1937) сформулировала классическое определение психоаналитической нейтральности: задача аналитика переводить в сознание то, что является бессознательным, независимо от того, к какой психической структуре это принадлежит; он направляет свое внимание в равной степени и объективно к бессознательным элементам всех трех структур. Другими словами, приступая к этой работе, аналитик находится в точке, равностоящей от Ид, Эго и Супер-Эго. Это важное определение психоаналитической нейтральности не включает ясного указания на реальность вне внутриспсихического конфликта. А. Фрейд говорит здесь только об «объективности» аналитика.

Дальнейшее развитие психоаналитической теории от теории драйвов, применительно как к психоаналитику, так и пациенту, потребовало соответствующей ревизии концепции аналитической нейтральности. Хоффер (Hoffer A., 1985) предлагает расширить интрапсихическое определение нейтральности, включив нейтральность в отношении к интрапсихическому конфликту психоаналитика и к межперсональному конфликту на различных уровнях аналитических отношений. Хоффер рассматривает концепцию нейтральности в следующих аспектах.

1. Нейтральность в отношении к конфликту — это оптимальная позиция, с которой аналитик собирает свои данные из аналитического поля, используя метод *свободных ассоциаций*. В то время как свободные ассоциации являются процессом, посредством которого аналитик обследует аналитическое поле, нейтральность является позицией, из которой проводится обследование. Эта позиция определяет

и ограничивает аналитическое видение. Нейтральность полезно понимать в отношении значительного числа конфликтов, приносимых пациентом в анализ. Аналитик может получать пользу от концепции П. (п.) н. четко заданным себе вопросом: «П. (п.) н. к какому конфликту?» или более точно: «Какой конфликт я сейчас идентифицирую, задевающий меня или оставляющий наблюдателем?» При этом аналитик может повышать *осознание* не только своих персональных пристрастий, но также и своих теоретических и технических предпочтений. Аналитик может отвечать на такие вопросы с позиций определяемых конфликтов в любой момент анализа.

2. Нейтральность к чувствам или внешним проявлениям.

3. Нейтральность к власти, могуществу, влиянию.

Рекомендации, связанные с П. (п.) н., хотя выполняются не всегда, обычно не оспариваются психоаналитиками. Однако даже психоаналитики традиционной ориентации могут столкнуться с такими особыми случаями (например, с детскими страхами, психозами, некоторыми разновидностями перверсий), при которых абсолютная П. (п.) н. вовсе не желательна (Лапланш Дж., Понталис Дж. Б., 1996).

Хоффер (1985) полагает, что нейтральность аналитика в отношении конфликта может не соблюдаться в ситуациях, которые аналитик считает: а) опасными для пациента — суицидальность, психоз, состояние интоксикации и т. д.; б) опасными для кого-то, кто может пострадать от пациента, например дети анализируемого; в) опасными для аналитика в случае физической или психологической угрозы, включая панику или отчаяние или угрозу для его самооценки или целостности. С точки зрения П. (п.) н., в отношении к конфликту очень важно, чтобы аналитик четко знал, когда он не соблюдает нейтральность и почему возникло это положение. Тут возникает область противоречий в теории и практике психоанализа, связанная с тем, что определение такого рода ситуаций для одного аналитика может не совпадать с таковыми для другого.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ ПО КРАТОХВИЛУ.** Кратохвил (Kratochvil S., 1964) — известный чешский психотерапевт, руководитель созданного им психотерапевтического отделения неврозов в Кромержиже (Чехия). Разработанная им система в качестве главных терапевтических факторов включает: комплексное воздействие управляемого терапевтического коллектива на больного в интеллектуальной сфере (*осознание* пациентом значения психогенных факторов и собственной роли в возникновении конфликтов, в некоторых случаях с включением анализа переживаний раннего детства), эмоциональной сфере (эмоциональное отреагирование, поддержка со стороны группы и эмоциональная коррекция отношений) и в области поведения (*релаксация* в форме *аутогенной тренировки*, тренинг навыков более адекватного межличностного поведения и контроля над отдельными симптомами). Кроме того, подчеркивается значение ряда суггестивных факторов, проявляющихся как косвенно — путем влияния на ожидания пациентов атмосферы отделения со своим климатом и своими ритуалами, так и непосредственно — с помощью использования на отдельных коллективных сеансах *внушения* в бодрствующем или гипнотическом состоянии, направленного на закрепление достижений патогенетического анализа или прямо на устранение симптомов. В созданном Кратохвилем отделении 28 больных неврозами (мужчин и женщин); лечение продолжается 6 недель; каждую неделю выписывается 4-6 пациентов и принимается такое же количество новых. Контакт больных с внешним миром, в особенности с привычной для них средой, ограничивается, чтобы стимулировать быстрое включение в коллектив. Отделение с утра до вечера работает в организованном режиме, *групповая терапия* осуществляется в условиях совместной деятельности, куда входят труд, занятия спортом и прикладными искусствами, развлечения и пр. Собственно групповая психотерапия проводится ежедневно в течение полутора часов: в рабочие дни — в двух отдельных группах по 14 больных, в субботу и воскресенье — со всеми пациентами вместе. Во время групповой психотерапии обсуждается поведение «здесь и теперь», его естественные последствия в настоящее время и связь с «там и тогда» в жизни пациента. Специальные занятия с использованием *психодрамы*, *психопантомимы*, проективной *арттерапии* и др. дополняют дискуссионные формы.

Штат отделения состоит из врача, психолога, среднего медицинского персонала (пять женщин и двое мужчин) и арттерапевта. От организованного таким образом терапевтического сообщества ожидается, что каждый пациент достигнет *инсайта*, по возможности обретет *коррективный*



*эмоциональный опыт* и будет испытывать и тренировать новые, более адаптивные формы поведения.

Будучи известным теоретиком и практиком в области групповой психотерапии и одновременно специалистом в области *гипноза*, Кратохвил не исключал применения в дополнение к групповой психотерапии индивидуальной *гипнотерапии*. Однако анализ этого материала показал, что традиционный гипноз с трудом вписывался в систему личностно-ориентированной психотерапии. Пациенты, получавшие индивидуальную гипнотерапию, обычно приостанавливали свои усилия в группе, ожидая терапевтического эффекта в большей степени от гипнотических воздействий и гипнотерапевта, чем от самих себя, что резко снижало их активность на занятиях. Более того, менее подготовленные к групповым занятиям члены рассматривали гипнотерапию как метод, предоставляемый лишь «привилегированным» пациентам, и высказывали пожелание, чтобы их также лечили гипнозом. В случае отказа они чувствовали себя отверженными, лишенными важного лечебного средства и предоставленными «только» самим себе. Это противоречило основному теоретическому принципу терапевтического сообщества, в котором от пациента ожидается мобилизация его собственных усилий и сотрудничество с остальными участниками для достижения лучшего понимания себя и своих межличностных отношений. Поэтому индивидуальная гипнотерапия обычно исключалась из терапевтической системы.

Возник вопрос о разработке таких гипнотерапевтических приемов, которые были бы совместимы с принципами групповой психотерапии и доступны для всех членов группы, не нарушали ее сплоченности, а, напротив, способствовали ей. При проведении таких занятий возникало две проблемы: 1) группа состоит из пациентов с различной подверженностью гипнозу, поэтому занятия должны быть интересны и полезны не только для гипнабельных, но и для малогипнабельных больных; 2) в группу входят пациенты с различными симптомами и проблемами, и формирование лечебных внушений должно быть адекватным для всех участников.

Такой общей цели соответствует разработанная Кратохвилем методика групповой гипнотерапии с применением стимулирующих воображение терапевтических внушений.

Курс гипнотерапии состоит из продолжающихся 30 минут занятий 3-4 раза в неделю, открытых для всех членов обеих психотерапевтических групп во второй половине срока госпитализации. В течение 6-недельного лечения проводится 10 гипнотерапевтических сессий. Пациентов, сидящих по кругу, как при обычной групповой психотерапии, просят смотреть на точку фиксации, роль которой выполняет маленький яркий шарик, подвешенный в центре на уровне их голов. Гипнотерапевт, стоящий за кругом, проводит серию внушений, приглашающих расслабиться, закрыть глаза, достигнуть состояния гипнотической гипервнушаемости. Тех, у кого глаза не закрылись спонтанно, в конце концов просят закрыть их по своей воле. Затем переходят к терапевтическим внушениям, включающим приятные сцены символического освобождения от симптомов. Каждый участник может либо впасть в состояние гипнотического транса, либо преднамеренно следовать внушениям, используя свое воображение.

Для поддержания привлекательности и интереса этой процедуры на каждом занятии разработана серия сцен для последовательного их внушения: «Оставить симптомы под деревом», «Бросить симптомы вниз с обзорной башни», «Растворить симптомы в стакане с водой», «Утопить симптомы в реке», «Сжечь симптомы на костре». Ниже в качестве примера приводятся две сцены.

1. «Оставить симптомы под деревом». Сейчас начнется интересная, приятная прогулка. Вы идете в лес. Вы смотрите вокруг, наблюдаете за птицами. Вы даже можете увидеть белку или зайца. Вы испытываете спокойствие и удовольствие. В конце концов вы садитесь под деревом и отдыхаете. Вам хорошо и удобно, и вы с оптимизмом думаете о своей будущей жизни.

И вам приходит в голову мысль, что можно оставить все невротические симптомы, которые беспокоили вас в последнее время, здесь, в лесу, под этим деревом. Вы начинаете убирать их из своего тела и сознания. Вы видите отверстие между корнями дерева, куда можно их затолкать. Вы начинаете складывать все ваши неприятные симптомы, от которых вы хотели бы избавиться, в это отверстие. Вы берете эти симптомы в руки. Вы убираете их со всех частей вашего тела и из головы. Вы снимаете все свои боли, тревоги, депрессии, неудобные привычки или позиции и складываете их туда. А потом вы ощущаете полную свободу от них. Вы расслабляетесь на какое-то время и затем готовитесь к возвращению из леса. Вы оставили свои симптомы под тем деревом и медленно идете, возвращаясь в

свое отделение с удивительным чувством, полные энергии, уверенности в себе и в счастливом и успешном будущем. Вы готовы вернуться в свое нормальное состояние. Вы почувствуете значительное улучшение — ощущение свежести, прилив сил и оптимизма.

2. «Утопить симптомы в реке». На этот раз вам предстоит приятная прогулка по реке в лодке. Лодка надежна, река спокойна, погода отличная. Вы садитесь в эту манящую лодку и медленно гребете по направлению от берега. Лодка слегка покачивается, и это вселяет в вас чувство покоя и комфорта. Вы наслаждаетесь солнцем и красивыми окрестностями. Вы ощущаете свободу от всех своих тревог и забот. И тогда вы решаете снять со своего тела и сознания остатки ваших невротических симптомов и бросить их в воду. Вы начинаете делать это решительно и активно. Вы бросаете в воду все, что еще беспокоило вас, вызывало напряжение и дискомфорт. Вы наблюдаете, как течением уносит ваши симптомы от лодки. Они уплывают дальше и дальше, исчезая вдаль. Они никогда не вернуться. Они тонут в реке. А вы возвращаетесь на берег, освеженные и сильные. У вас такое ощущение, что теперь вы крепко держите жизнь в своих руках, что вы выиграли, что вы обязательно победите свои симптомы и дурные привычки, свой невроз. С каждым днем вы чувствуете себя лучше и лучше.

Предлагаемые Кратохвилем приемы сходны с «умственными играми» (Masters R., Houston J., 1972) и с внушаемыми образами, которые описывают Крогер и Фецлер (Kroger W. S., Fezler W., 1976). Однако между ними есть и значительные расхождения. Первые два автора используют директивную гипнотическую фантазию или направленное воображение для приобретения опыта, расширяющего диапазон мышления, а вторые два — для тренинга специфических физических ощущений, что может положительно влиять на некоторые симптомы в ходе *индивидуальной психотерапии*. Кратохвил же применяет их для символического удаления симптома при активном участии фантазии пациентов.

По мнению Кратохвила, групповые гипнотерапевтические приемы способствуют удовлетворенности пациентов лечением, более быстрому уменьшению симптомов и росту их готовности к самостоятельной воспитательной и терапевтической работе без нарушения основного группового терапевтического процесса.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТРИАДА БЕХТЕРЕВА.** Метод лечения больных алкоголизмом, который включает *убеждение*, *гипнотерапию* и самоутверждение. Термин П. т. Б. предложен Г.В. Зеневичем и С.С. Либихом (1965). В. М. Бехтерев считал, что «метод лечения одновременно убеждением, гипнотическим внушением и самоутверждением приводит к наилучшим результатам без всяких других лечебных процедур». Предложенная им форма массового лечения алкоголиков состояла в следующем. Лица, страдающие алкоголизмом, собирались к определенному времени в зале и размещались на креслах и скамьях, расставленных в ряды таким образом, чтобы между ними можно было свободно проходить для проверки гипнотического состояния пациентов. Затем больным в возможно сжатых, но ярких образах, с использованием рисунков и таблиц описывали весь вред, который приносит злоупотребление спиртными напитками умственной и телесной сферам организма, указывали на общее понижение жизнедеятельности организма, приводящее к сокращению жизни. После того как, по словам В. М. Бехтерева, это убедительное наставление (а оно должно быть именно убедительным, иначе не воздействует на слушателей) закончено, он обращался к пациентам со следующими словами: «Все вы пришли сюда для того, чтобы избавиться от своего болезненного недуга, и теперь, когда вы представляете весь вред, который приносят вам спиртные напитки, вы еще более укрепляетесь в мысли о необходимости отказаться навсегда от алкоголя» и затем вселял в них уверенность, что они могут восстановить свое здоровье, но для этого необходимо совершенно прекратить употребление спиртных напитков. Последнее же достигается с помощью гипнотического внушения. После разъяснения сущности гипноза В. М. Бехтерев просил всех закрыть глаза и сосредоточиться на мысли о сне. Затем делалось общее внушение наступления лечебного сна. Для проверки гипнотического состояния В. М. Бехтерев проходил между рядами пациентов, вызывал каталепсию у каждого больного поодиночке и оставлял в каталептическом состоянии на время всего сеанса, пока проводилось общее внушение против пьянства. По пробуждении, уже в бодрствующем состоянии, давалась соответствующая инструкция по осуществлению *самовнушения* (самоутверждения), которое необходимо проводить у себя дома много раз вечером перед засыпанием, уже лежа с закрытыми глазами, а также утром до вставания с постели. Этим заканчивался сеанс, а следующий проводился через неделю. В каждом сеансе, продолжающемся 20-30 минут, участвовали 50-100 человек,

страдающих алкоголизмом.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ.** Цель — такой мотивационный фактор, при котором осознается результат поведения. Для достижения П. ц. психотерапевт должен каждый раз убеждаться в наличии у пациента мотивации, четко формулировать П. ц., анализировать причины, побуждающие пациента к лечению, владеть психотерапевтическими методами, корректировать психотерапию. Организация и эффективность психотерапии зависят, помимо первоначального состояния пациента, от совпадения целей его и лечащего врача. Строгое определение целей психотерапевтического воздействия (почему и для чего) способствует отбору и построению содержания (что), организации психотерапевтической помощи (как), выбору метода (с помощью чего). Если принять во внимание, что в логическом смысле средства достижения цели могут быть определены как достаточные, избыточные или противоречивые и других форм не имеют, то у психотерапевта проблемы с пациентом могут возникнуть по следующим причинам: 1) по крайней мере, некоторые из средств, необходимых для достижения П. ц., отсутствуют, вследствие чего проведение психотерапии на данном этапе оказывается невозможным (например, отсутствие мотивации или низкий интеллект при *групповой психотерапии*); 2) используемый психотерапевтический прием является избыточным, а поэтому затрудняет поиск средств, необходимых и достаточных для достижения П. ц. (например, использование *конфронтации* в первой фазе *групповой динамики* или *аутогенной тренировки* для пациентов с ипохондрическим синдромом); 3) избранные методы психотерапии включают в себя логические противоречия, чем закрывают пути к достижению П. ц. (например, использование *гипноза* для пациента с органическим поражением центральной нервной системы).

Таким образом, само по себе определение П. ц. делает ее более понятной и эффективной. Чаще всего анализ П. ц. проводится в *когнитивной психотерапии*.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭКСПЛОРАЦИЯ.** Это действие, которым пациент в ходе психотерапии сообщает о себе то, о чем, как правило, умалчивает, выявляет обычно скрываемые отношения. П. э. представляет собой комплекс многоуровневого целенаправленного самораскрытия (самопроявления, самодемаскировки), который называют также транспарентизацией (англ. transparent — ясный, отчетливый).

Основной и самый легкий тип самораскрытия — это изложение фактической информации о себе: описание своих переживаний, воспоминаний или собственный анализ. В зависимости от тона изложения иногда различают «историю из жизни», излагаемую безличностно, рационально, с определенным отчуждением, и «случай из жизни», рассказанный с чувством, с акцентом на эмоциональной стороне пережитого. В *психотерапевтической группе* эта первая фаза самораскрытия, являющаяся необходимой предпосылкой для проведения любой динамически-ориентированной психотерапии, имеет форму так называемой биографической трибуны: одна встреча, занятие группы может быть посвящено событиям жизни одного пациента.

Пределы безболезненного самораскрытия для разных лиц различны. На одном полюсе находится человек, охотно излагающий подробности своей личной жизни даже случайным попутчикам в поезде, на другом — строго контролирующий себя интроверт, которому становится не по себе даже при вопросе о возрасте или профессии. В ходе психотерапии эта граница постепенно сдвигается, пациент с облегчением освобождается от одной «тайны» за другой. Записи в дневниках пациентов, проходящих психотерапию, свидетельствуют о том, что уже после анализа биографического материала они испытывают чувства успокоения, высвобождения, а иногда замечают и некоторые положительные изменения.

Следующим шагом на пути к П. э. может быть откровенный рассказ о внутренних позициях, об отношении к самопониманию, об эмоциях, о фантазиях, снах, планах на будущее (у некоторых пациентов эти области могут быть составной частью так называемых проблем). Обычно обнажение сфер внутреннего мира бывает сопряжено с большим чувством робости, стыда, чем сообщение о фактах внешней жизни. Преодоление страха перед самораскрытием и переживание его последствий может породить сильное чувство высвобождения, что составляет часть терапевтической ценности всего процесса П. э. Другим важным элементом является фактор объективизации. При самораскрытии в процессе психотерапии ряд моментов может быть впервые точно сформулирован, а тем самым осознан и внутренне пережит. В ходе их объективизации пациент рассматривает их глазами психотерапевта

(или участников психотерапевтической группы), через призму предметного описания, т. е. без кататимного устранения их значения (кататимный — связанный с состоянием, при котором отмечается преобладание низших, более элементарных функций, сочетающееся обычно с заторможенностью речи). Некоторые авторы полагают, что вне П. э. вообще нет иного пути самопонимания, кроме самораскрытия перед другим человеком.

Самое главное содержание П. э. составляет так называемая «область проблем». Сюда относится то, что причиняет человеку боль, что не решено до конца, переживания, связанные с чувством вины, факты, которых человек стыдится, то, что его мучит, вызывает чувство неуверенности, то, чего он боится, т. е. все то, что психотерапевт (в отличие, скажем, от невропатолога) видит за невротическими расстройствами или нарушениями поведения, которые считает психогенными. Существует широкий спектр подобных проблем — от навязчивых идей до трудностей в отношениях с женой (мужем). Практически каждый человек сталкивается с проблемами такого рода, однако есть различия в их интенсивности, а также в том, насколько легко удастся рассказывать о них в ходе терапии. Самораскрытие идет, как правило, по системе, которую называют «чисткой луковицы»: от внешних и менее гнетущих субъективных проблем к более горячим точкам. Уже сам факт, что некоторые проблемы считают столь интимными, что говорить о них бывает трудно, свидетельствует об их серьезности и ключевой роли в общем состоянии человека (проблемы, расположенные близко к центру «луковицы»).

Постороннему наблюдателю трудно бывает понять, почему с данным обстоятельством связаны такие эмоциональные нагрузки и почему так нелегко рассказывать о нем. В этом различии между переживанием и взглядом со стороны и заключается одна из причин, по которой будущему психотерапевту важно бывает испытать основные методы психотерапии сначала на самом себе. Процесс самораскрытия составляет первостепенный элемент всех динамически-ориентированных систем психотерапии; очищающий и освобождающий эффект самораскрытия — основа психотерапевтической роли религиозной исповеди. Потребность в выборочном самораскрытии испытывает практически каждый человек. Она проявляется, например, в желании иметь друга, которому можно довериться, в необходимости выговориться перед кем-нибудь в минуты жизненных кризисов. Самораскрытие в психотерапевтической группе бывает более трудным, зато его освобождающее действие более отчетливо, а П. э. более совершенна, чем в индивидуальной *психотерапевтической беседе*, где откровенность адресована одному лицу, жившему в ином мире и относящемуся часто к другому поколению. Иногда транспарентизацию считают схемой поведения, присущей здоровой личности, а способность к ней входит в число требований, которым должен удовлетворять хороший психотерапевт. Нечто подобное содержалось уже в акцентировании конгруэнтности психотерапевта в концепции *Роджерса* (Rogers C. R.) — быть самим собой, в разных ситуациях поступать последовательно и аутентично. Так, иногда транспарентизация становится противоположностью неаутентичности, ригидности социальных ролей, позы, стремления импонировать, компенсировать чувство неполноценности. Никто не требует, чтобы психотерапевт каждому рассказывал о своих глубоких личных проблемах, но он должен уметь говорить о них и говорить так, чтобы его тревога, порождаемая самораскрытием, была как можно меньше заметна. Для этого необходимо определенное доверие к себе. По данному вопросу идут споры, и в *психоанализе*, например, обязательной является совершенно иная модель психотерапевта — он должен быть скорее сдержанным, чем спонтанным и открытым (см. *Самораскрытие психотерапевта перед пациентом*). Что же касается требования П. э. пациента в ходе психотерапии, то оно представляется очевидным и бесспорным. Некоторые авторы видят причинную связь между неврозом и нарушением способности к самовыражению: пациенты — это люди, которые не раскрылись своему окружению оптимальным способом. Здоровая личность обладает способностью к транспарентизации в отношении хотя бы одного близкого человека.

Основное терапевтическое воздействие П. э. сводится к *катарсису*, содержащемуся в самом факте откровенного рассказа, и объективизации, сопутствующей упорядочиванию (структурированию) излагаемого материала, составляющего основу сообщения о себе. Кроме того, достоинство П. э. как процесса заключается в том, что она ведет к развитию личности в направлении *аутентичности*, повышает порог ранимости. Человек, научившийся понимать себя, получает в свое распоряжение энергию, раньше тратившуюся на создание того представления о себе, которое должны были иметь о

нем другие, а также поглощавшуюся *самоконтролем*. П. э. в группе приносит всем ее членам облегчающее переживание универсальности — *осознания* того, что те же тайны и проблемы, которые беспокоят меня, присущи и остальным. Самораскрытие является обязательным предварительным условием для проведения любой динамически-ориентированной психотерапии.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОЛИТВЫ.** Молитва — обращение верующего к Богу. Слово «обращение», греческое «койнония», подразумевает определенные отношения между двумя или несколькими лицами. Молитва выражает межличностные отношения человека с Богом и диалогична по своей сути и форме, в этом ее коренное отличие от *медитации*, с которой она имеет сходство в организации внимания, его концентрации. Структурно молитва включает в себя предписанные религиозными учениями вербальное и невербальное действия, а также необходимые для них соответствующие настрой и установку, т. е. это многогранный процесс, в котором соучаствуют дух, душа и тело. К действию молитвы необходимо отнести желаемые и возможные изменения состояния молящегося, его субъективного соматического и психического самочувствия в контексте достигаемой трансформации личностного мироощущения и миропонимания. С этой стороны молитва, по суждению авторитетного исследователя «умного делания», центром которого она является, архимандрита Киприана (Керн), оценивается как «терапевтика и гигиена души» (1996).

Само понятие «молитва», содержащее емкую и многостороннюю характеристику одного из самых значимых актов религиозной жизни, актуализировано в научно-практической психотерапии необходимостью учитывать и целесообразно использовать максимально полное все факторы, влияющие на психические и психосоматические процессы. Методологически молитва — главное связующее звено между психотерапией и богословием; практически — между психотерапевтическими и сотериологическими задачами, решаемыми в условиях, когда хотя бы один из участников психотерапевтического процесса является адептом монотеистической религии и вследствие чего обычная коммуникативная диада «врач-психотерапевт — пациент» преобразуется в триаду «врач-психотерапевт — Бог — пациент». Измененная таким образом структура взаимодействия при проведении психотерапии требует внимания к направленности и характеру явных или сокрытых дополнительных коммуникаций, имеющих прежде всего молитвенное содержание.

Наиболее полно учение о молитве и сведения о ней рассмотрены в творениях и трудах по аскетике, согласующихся с фундаментальными положениями церковной антропологии и мистического богословия. По христианской молитве самый полный свод содержится в Добротолюбии (т. 1-5, 1992) и Сборнике о молитве Иисусовой (1994), в которых компилятивно и со строгой методологической практичностью использованы творения Иоанна Кассиана Римлянина и Ефрема Сирина (IV в.), Марка Подвижника и Иоанна Лествичника (V в.), Максима Исповедника и Исаака Сирина (VII в.), Симеона Нового Богослова и Григория Паламы (XII в.), Феофана Затворника и Игнатия Брянчанинова (XIX в.), многих других великих подвижников, испытавших и истолковавших целительную силу деятельной и созерцательной молитвы. Основанием всего аскетического опыта, вершиной которого признан духовный опыт, связанный с молитвой, являются священные тексты с заповедями и иными установлениями, касающиеся наравне со сферой сакрального (богослужения с акцентом на Богоустремленность) и области поведенческой, когнитивной и эмоциональной. Реализм религиозной ортодоксии отражен в подвижнической жизни в ее движении и действии. В монотеистических религиях (иудаизме, христианстве и исламе) внутренний смысл духовного подвижничества «берет свое начало в молитве — важнейшем двигателе творческого преображения человека» (Шукуров Ш., 1997).

Самыми адаптированными к психотерапевтическому лексикону являются такие определения молитвы, как «обращение», «беседа», «общение», «диалог». Все они подчеркивают характеристику молитвы как личного и межличностного общения, а направленность молитвы к Богу как к Личности выражает уникальность этого общения. Словарь исихастской антропологии (1995), строящийся на анализе «умного делания», центром которого является построенная по особому чину молитва, определяет, что «молитва есть ответ сознания на присутствие или волю Божию — конечно, такого сознания, для которого его ситуация запечатлена этим присутствием и этой волей». Далее приводятся особенности молитвенного общения, что это «обоюдный, двусторонний процесс, в котором мы предполагаем получить и отклик, ответ. Но если адресат — Бог, то получение от Него ответа — не что иное, как уловление Его энергии, получение Его благодати: акт мистический и крайне отличный от

всего, что обычно понимают под диалогом».

Благодать — вненаучное понятие, но жизненный факт, реальное субъективное чувство божественной помощи молящимся, подтверждаемое на протяжении веков многочисленными свидетельствами. В религиозной традиции, включая христианское предание, сила частного примера (исцеление, чудо, житие) обладает приоритетом перед нивелирующей неповторимые личности статистикой, которая не вписывается в концепцию пастырского душепопечения. Практика молитвы и ее эффективность передаются через авторитет благочестия от отцов к детям, от пастыря к пасомым как научение и наставление.

Примером такой передачи фундаментальной истины «о связи между болезнью, молитвой и медицинскими профессиями», по словам католического священника Бенедикта Херона (M. Benedict Heron), является ветхозаветное свидетельство из 38 гл. книги Иисуса, сына Сирахова: «В болезни твоей не будь небрежен, но молись Господу, и Он исцелит тебя», «Оставь греховную жизнь и исправь руки твои, и от всякого греха очисти сердце», «Дай место врачу, ибо и его создал Господь», «В иное время и в их (врачах) руках бывает успех; ибо и они молятся Господу, чтобы Он помог им подать больному облегчение и исцеление». В книге отца Бенедикта Херона «Молитва об исцелении» (1994) изложен практический опыт молитвенного служения в больницах совместно клириков, врачей и мирян из католического движения «Харизматическое возрождение», приведены свидетельства молитвенной помощи.

Корректное отношение к религиозности человека обязывает психотерапевта принимать во внимание религиозную норму, предписывающую молитву, учитывать потенциал молитвы как духовного делания, понимать возможные противоречия между лечебной психотехникой и молитвенными правилами, способствовать гармонизации психического состояния пациента, не игнорируя его положительный духовный опыт, опирающийся на опыт учителей и наставников. Типология молитвы имеет различные варианты, но в основании всегда лежит структура источника молитвы и вектор ее направленности: «Молитва есть теоцентрическое устроение души» (Флоровский Г., 1972). В молитве различают многочисленные виды в соответствии с ее движущим побуждением или настроением, или степени ее как ступени духовного процесса, или действия ее как силы исцеления, преображения и обожения. В духовно-аскетической письменности, как в образной и метафоричной форме, так и в конкретном и методичном виде, отражены все названные стороны молитвы. Для *оценки эффективности психотерапии* специалисту предстоит мобилизовать свое искусство толкования и понимания коммуникации между пациентом и Богом, которая может быть не только учитываемой, но и рекомендуемой, принимая во внимание мобилизацию участвующих в ней сил.

«Молитва — это есть как обязанность всеобъемлющая, так и средство вседейственное. Ею и истины веры напечатлеваются в уме, и добрые нравы — на воле; но преимущественно оживляется сердце в чувствах своих. Тогда только идут и первые два, когда есть это одно. Потому образование молитвы должно быть начато прежде всего и продолжаемо постоянно, неутомимо, пока не даст Господь молитву молящемуся. Начатки молитвы полагаются в самом обращении, ибо молитва есть устремление ума и сердца к Богу», — наставляет епископ Феофан (Говоров) (1962), опытный педагог и психолог. Этот же автор определяет далее, что первая степень молитвы — молитва телесная, иначе называемая деятельной; она состоит в чтании, стоянии, поклонах. Ей могут быть свойственны недостаточная собранность внимания, некоторое нечувствие сердца, слабость желания, и достигается она трудом, терпением и самопринуждением. Вторая степень молитвы определяется как внимательная, или умная; ум начинает привычно собираться в установленный час молитвы и всю ее произносит с сознанием, а внимание проникается писаным молитвенным словом и говорит как свое. Третья степень — молитва чувства, или сердечная; «от внимания согревается сердце, и что там в мысли, то здесь становится чувством. Там — слово сокрушительное, здесь — сокрушение; там — прошение, а здесь — чувство нужды и потребность. Кто перешел к чувству, тот без слов молится, ибо Бог есть Бог сердца. Потому это и есть предел молитвенного воспитания — став на молитву, переходить от чувства к чувству. При сем чтение может прекращаться, равно как и мышление, а пусть будет только пребывание в чувстве с известными молитвенными знаками». Последняя степень постигаемой молитвы — молитва духовная, когда молитвенное чувство дойдет до непрерывности, эта молитва — есть дар Духа Божия, молящегося за нас.

По своему действию подвижническая молитва может рассматриваться с трех сторон, классифицированных архимандритом Киприаном (Керн, 1996) «прежде всего как способ освободиться от страстей, так сказать, замолить грех, умолить освободиться от страстей; затем молитва является средством успокоения души, стяжания внутреннего мира, средством, приводящим к совершенному покою, или исихии; и, наконец, молитва есть и некий метод богопознания, приближения к Источнику Света, к самому Богу», Можно отметить, таким образом, что подвижничество вообще и молитва в частности являются комплексом исправительного, предупредительного, воспитательного и целительного средств. Это сближает молитву с психотерапевтическими задачами.

В образной форме отражены в подвижнических словах и аскетических опытах результаты и возможности молитвы: «обучение сердца, укрощение кичливости, очищение от памятозлобия, исправление нечестия; крепость телу, благоденствие дому; оружие путников; благонадежность бодрствующих; утешение скорбящим, ободрение плачущим» (Ефрем Сирин, 1994), «утверждение мира, примирение с Богом, умилоствление о грехах, мост для переходения искушений, стена, защищающая от скорбей; источник добродетелей, виновница дарований, невидимое преуспеяние, пища души, просвещение ума, секира отчаянию, указание надежды, уничтожение печали» (Иоанн Лествичник, 1994).

Для того чтобы молитва приводила к результатам, необходимо следовать учению и наставлениям. Современный подвижник архимандрит Софроний (Сахаров) вслед за своими предшественниками выделил в раскрытой форме два условия: «Первое условие — вера во Христа как Бога-Спасителя; второе — сознание себя погибающим грешником. Это сознание может достигать такой глубины, что человек ощущает себя худшим всех других; и это ему предстает как очевидность не в силу внешне соделанных актов, но как видение своей отдаленности от Бога и себя — как потенциального носителя всякого зла. Чем больше смиряемся мы в болезненном покаянии, тем быстрее молитва наша достигает Бога. Когда же мы теряем смирение, тогда никакие подвиги не помогают нам. Действие в нас гордости, осуждения братьев, превозношение и неприязнь к ближним — далеко отбрасывает нас от Господа» (Софроний (Сахаров), 1994).

В молитве реализуется сплав всего существа: ума, сердца и тела; достигается целостность как противоположность разладу духовности, душевности и телесности. Виды молитв объять невозможно, они многочисленны, как и состояния человека, и подвержены качественной изменчивости, «всякий иначе молится в веселии, нежели когда отягчен бывает бременем печали и отчаяния; иначе, когда укрепляется в духовном преуспеянии, нежели когда утесняется нападениями врага; иначе, когда испрашивает отпущения грехов, нежели когда просит приобретения благодати или какой-нибудь добродетели или уничтожения какого-нибудь порока» (Иоанн Кассиан Римлянин, 1993).

В изложении апостола Павла приведена такая типология: молитвы, прошения, моления, благодарения. При таком делении важно определить, что есть молитва и моление, ибо прошение и благодарение имеют буквальное значение. Так, молитва есть умилоствление за грехи, посредством коего человек кающийся испрашивает прощение или в настоящих, или в прежних своих беззакониях. Моление же соответствует обещанию, обету, зароку.

Известно также деление молитвенного делания на внешнее и внутреннее, первое из которых деятельное, знаковое, упражненческое или выражение ритуальной обязанности, т. е. умственно-телесное, а второе — сердечное, сокрушенное, покаянное, связанное с умосердцем (по современной терминологии), с внутри-пребыванием. Важно отметить, что умосердце — такая структура, на базе которой становится возможно образование других, возводящих человека далее, энергийных структур. Так свидетельствует об этом святой Феофан Затворник (1994): «Надобно ум соединить с сердцем, и ты получишь руль для управления кораблем души — рычаг, которым начнешь приводить в движение весь твой внутренний мир». Сведение ума в сердце не является психотехникой, оно не достигается обычным человеческим действием, оно предполагает участие благодати. И этот фактор уже принципиально неподконтролен, нерегламентируем и не может быть обеспечен никакой программой действий. Усилия молящегося направлены на стяжание благодати, он готовит себя для ее принятия — получить ответ свыше. Само внутри-пребывание достигается сведением ума в сердце и собиранием напряжением туда всех сил души и тела. Собираение ума в сердце есть внимание, собирание воли — бодренность, собирание чувства — трезвение; за вниманием — обращение очей внутрь, за бодренностью —

напряжение мускулов. Состояние внутри-пребывания — условия господства человека над собой, истинной свободы и разумности, соединение своей воли с волей Божией.

Молитва и ее качества — развернутый фактор, сопутствующий терапевтике и регулирующий ее. Научный интерес лежит к методике умного делания, но Божья помощь не в разработанной технологии призывания имени Иисусова с регламентированной концентрацией внимания и соответствующей позой, а в сокрушении сердца, во внутреннем покаянном состоянии, в следовании учению, в наличии веры, в состоявшемся диалоге с Богом. Вступающему на попрание борьбы за молитву советуется начинать с устной молитвы, доколе не усвоится она телом: языком, сердцем, мозгом. На время практика молитвы может быть связана с психосоматической техникой, т. е. носить характер ритмического или неритмического произношения молитвы умом посредством вдыхания при первой части молитвы и выдыхания при второй. Такое делание может быть полезным, если не теряется из виду, что призывание имени Иисусова связано с Ним. Если молитва превращается в техническое упражнение, то она обращается в грех.

Психотерапевт не призван диагностировать уровень молитвы по ее ступеням: устная, умная, умно-сердечная, самодвижная, благодатная. Он как врач может учитывать религиозные чувства пациента и принимать как действенное средство коммуникацию пациента с Богом, поддерживая его в этом и соучаствуя по мере своего духовного состояния и мировоззрения.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ.** В последние годы в нашей стране и за рубежом формируется новое научное направление — «психология здоровья». Эта отрасль знаний представляет собой синтез психологии и валеологии. Валеология является наукой об индивидуальном здоровье человека и состоит из двух основных частей: валеософии (валео — здоровье, софия — мудрость) — теории здоровья, и валеометрии — науки об измерении здоровья (Петленко В. П., 1996). Психология здоровья выступает в качестве опоры, фундамента валеологии, придерживаясь основного своего принципа: «человек, познай и сотвори себя».

Данное научное направление пока только становится на ноги, поэтому специалистам еще предстоит установить дефиниции, предмет, цели, задачи, классифицировать методы и т. д. Но уже ясно одно, что психология здоровья — понятие значительно масштабнее, чем, скажем, *психогигиена* или *психопрофилактика*, чья задача предупреждать возникновение психических расстройств. Психология здоровья опирается на теорию и практику предупреждения развития различных заболеваний, как нервно-психических, так и соматических, однако этим не ограничивается, так как включает в себя мероприятия по фасилитации, созданию личностных условий индивидуального развития, компенсации и адаптации (в необходимых случаях) к требованиям жизненной среды; обеспечивает психологическую адаптацию личности в обществе, для чего развивает личностные качества, которые нужны индивидууму для установления гармоничных социальных связей; способствует самореализации человека, повышению его качества жизни и в том числе оказывает психологическую помощь при завершении жизненного пути и уходе из жизни. Общим для психогигиены и психологии здоровья являются: междисциплинарный характер, т. е. то, что участвовать в подобных мероприятиях призваны как психологи, врачи, так и педагоги, социальные работники, социологи и др.; неспецифичность целей; динамичность методов, их связь с задачами современности, в отличие от стабильности методов профилактики инфекционных заболеваний (Мягер В. К., 1985). И все же психология здоровья имеет более широкое поле теоретических и практических задач и включает в себя не только предупреждение развития психической и соматической патологий.

Психология здоровья — это наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития. Таким образом, в отличие от медицинской парадигмы: движение от патологии к здоровью, валеологическая формирует обратный курс: от здоровья к здоровью, скорее, от «нормы здоровья» к «норме болезни». («Нормальные болезни» — это естественные возрастные болезни, например климакс, болезни по старости (Дильман В. М., 1987). Медицина опирается на тактические задачи — это ретроспективная наука, которая ищет причины уже существующей болезни. Валеология, наоборот, — проспективная наука, опирающаяся на стратегические задачи: сохранение, укрепление и развитие здоровья.

Объектом психологии здоровья является, с известной долей условности, «здоровая», а не «больная» личность, из чего следует, что психология здоровья видит в качестве своей задачи то, как



делать не больных людей здоровыми. «Немного переупрощая, можно сказать, что *Фрейд* (Freud S.) представляет нам больную часть психологии, и мы должны теперь дополнить ее здоровой частью», — призывал Маслоу (Maslow A. H.).

Цель психологии здоровья не может быть окончательно определена (в силу того, что определить — значит установить границы, предел, вместить в какие-то рамки), ибо процесс совершенствования можно, видимо, только направлять, устанавливая границы самого «русла» течения бесконечного обновления человека, познающего и сотворяющего себя. В задачи психологии здоровья входят сохранение, укрепление и целостное развитие духовной, психической, социальной и соматической составляющих здоровья. Цель психологии здоровья выходит за рамки только сохранения здоровья, т. е. представляет собой некую «запредельность». В таком случае само здоровье рассматривается психологией здоровья в качестве оптимальной предпосылки (условий) для выполнения человеком намеченных жизненных целей и задач, его предназначения, в конечном счете, его самоосуществления на Земле. Главный принцип развития здоровья не в том, чтобы только иметь крепкое здоровье, а в том, чтобы реализовать с помощью этого здоровья свою миссию. Таким образом, в понятие «здоровье» сегодня включаются и конкретные формы поведения, которые позволяют улучшать качество нашей жизни, делают ее более благополучной, позволяют достигать высокой степени самореализации. Психология здоровья в своем развитии опирается на холистический подход в науке о человеке, чем подчеркивается важность гармоничного развития всех составляющих человека для достижения полного благополучия. Реализация такого подхода связывается с раскрытием потенциала человека.

Комплексная валеологическая программа развития человека — «цветок потенциалов» — включает в себя основные задачи и методы психологии здоровья. Программа «цветок потенциалов» — есть органично-целостная система теоретико-практических представлений, связанных между собой общим смыслом, идейными целями и технологиями. Программа символически представлена в виде цветка, семь лепестков которого формируют узор взаимоувязанных потенциалов, отражающих различные аспекты душевного, телесного и социального здоровья человека. Каждый потенциал важен сам по себе и влияет на все остальные. Ни одним из них нельзя пренебрегать, если человек стремится к здоровью и благополучию. Цель практической работы в психологии здоровья — максимальное раскрытие каждого из этих потенциалов, а также обучение человека самостоятельно пользоваться отдельными методами саморазвития, самосовершенствования.

1) Потенциал разума (интеллектуальный аспект здоровья) — способность человека развивать интеллект и уметь им пользоваться. Методы: развивающие стратегии обучения, концентрацию внимания, *нейролингвистического программирования*, методы, направленные на остановку внутреннего диалога (*медитация*), и др. 2) Потенциал воли (личностный аспект здоровья) — способность человека к самореализации; умение ставить цели и достигать их, выбирая адекватные средства. Методы: гуманистически-ориентированной психотерапии, группы личностного роста, модели построения, реализации целей и перенацеливания. 3) Потенциал чувств (эмоциональный аспект здоровья) — способность человека конгруэнтно выражать свои чувства, понимать и безоценочно принимать чувства других. Методы: сенситивный тренинг, *гештальт-терапия*, группы личностного роста. 4) Потенциал тела (физический аспект здоровья) — способность развивать физическую составляющую здоровья, «осознавать» и совершенствовать собственную «телесность» как свойство своей личности. Методы: *телесно-ориентированная психотерапия*, биосинтез, «дыхательные» практики, методы саморегуляции: *аутогенная тренировка*, саморегуляция по Х. М. Алиеву и др. 5) Общественный потенциал (социальный аспект здоровья) — способность человека оптимально адаптироваться к социальным условиям; стремление постоянно повышать уровень коммуникативной компетентности. Методы: *социально-психологический тренинг*, тренинги профессионального общения, супружеская, *семейная психотерапия*, сказкотерапия для детей и другие групповые формы психотерапевтической работы. 6) Креативный потенциал (творческий аспект здоровья) — способность человека к созидающей активности, умение творчески самовыражаться в жизнедеятельности, выходя за рамки ограничивающих знаний. Методы: *арттерапия*, изо-, музыка-, танцтерапия, перформенс, тренинги креативности. 7) Духовный потенциал (духовный аспект здоровья) — способность развивать духовную природу человека, выражать высшие ценности. Методы: *трансперсональная психотерапия*, *потрясающая психотерапия* *Ананьева*, медитация.

К задачам психологии здоровья относят следующие: повышение уровня психологической культуры, под которой понимается степень совершенства, достигнутого в овладении отраслью психологических знаний и психической деятельностью; повышение уровня культуры общения, степени совершенства в области внутренней и внешней коммуникации; определение путей и условий для самореализации, самоосуществления, раскрытия своего творческого и духовного потенциала. Все эти три задачи интегрируются в процессах развития и «обогащения» личности и могут состоять из трех аспектов работы: самопознания, самовоспитания, самоосуществления.

Наличие психической составляющей во всех областях профилактической медицины определяет масштаб мероприятий психологии здоровья. Вектор ее исследований может быть направлен на частные области сохранения и развития индивидуального и общественного здоровья. Представим наиболее важные из них:

- 1) охрана психического здоровья;
- 2) физическое здоровье;
- 3) профилактическая наркология;
- 4) психосоматическая медицина;
- 5) питание;
- 6) семейное здоровье;
- 7) сексуальное здоровье;
- 8) перинатальное и половое воспитание;
- 9) образование и просвещение;
- 10) труд и отдых;
- 11) национальное здоровье.

Выделяют следующие направления исследований в области психологии здоровья:

- 1) роль психологических факторов в сохранении, укреплении и развитии здоровья;
- 2) внутренняя картина здоровья;
- 3) методы психологического воздействия в укреплении и развитии здоровой личности;
- 4) обучение здоровью.

Психология здоровья включает в себя практику поддержания здоровья человека от его зачатия до смерти, представляет собой психологическую базу первичной и вторичной профилактики, а также реабилитации. Психология здоровья в своем становлении продолжает намеченный гуманистической психологией принципиально иной путь развития психологической науки — путь, ведущий к познанию не абстрактного и искусственно сконструированного человека, а реального, подлинного, и, следовательно, к созданию новой науки — «психологии с человеческим и человеческим лицом». Таким образом, жизнеспособность психологии здоровья, возможно, определяется не столько анализом глубин человеческого поведения, сколько изучением высот, которых каждый индивидуум способен достичь (Маслоу).

Классификация методов развития личности. Методы психологического воздействия в области развития, совершенствования человека условно дифференцируются в психологии здоровья в зависимости от уровня сознания, на котором производятся позитивные изменения. Наиболее приемлемой для психологии здоровья является классификация, основанная на модели «Спектра сознания» Уилбера (Wilber K., 1980). «Спектр сознания» — это многомерный подход к человеческой личности. Уровни сознания рассматриваются от Верховной Личности, соотносимой с космическим Сознанием, до резко суженной идентификации, ассоциируемой с Эго-уровнем.

Совершенствование на уровне Эго. Дезадаптации на этом уровне возникают тогда, когда образ самого себя подвергается искажению и изображается (истолковывается) неточно. Это может быть результатом разрушения связей между сознанием и бессознательным, и тогда совершенствование будет заключаться в восстановлении точного и, следовательно реального, приемлемого образа себя. Если человек отчуждает какие-то грани своей личности, он обманывает себя, искажает свой образ. Отвергнутые, вытесненные аспекты (т. е. пока «неосознаваемая тень персоны») тем не менее принадлежат ему и, например, с помощью механизмов *психологической защиты* выходят наружу в виде проекции этих теневых сторон на других людей. Резерв роста личности включает контактирование с «тенью», *осознание* этих аспектов и принятие их, что расширяет чувство идентификации. Таким

образом, человек обретает уточненный и приемлемый образ себя, устраняется разрыв между «персоной» и «тенью». Личность выходит на уровень: «понимаю и принимаю себя со всеми своими достоинствами и недостатками».

Совершенствование на экзистенциальном уровне. Цель этих методов состоит не в том, чтобы воссоздать уточненный образ целостного организма, а в том, чтобы быть целостным организмом. Терапия направлена на актуализацию целостного, полностью проявленного бытия человека, не разорванного на части. На данном уровне основная забота совершенствования состоит в преодолении глубинной двойственности, как-то: субъект—объект, жизнь—смерть. Большинство методов экзистенциального уровня обращено к целостному психосоматическому организму и тем кризисам, которые могут здесь иметь место. В эту группу методов входят преимущественно те, в основе которых лежит ноэтический подход, например экзистенциальная психология, гештальт-терапия, *логотерапия*, гуманистическая психология и др.

Совершенствование биосоциального слоя. Этот слой относится к верхним пределам экзистенциального уровня. Он хранит в себе объемный массив информации, отобранной из культурного наследия человека. Сформированные поведенческие паттерны этого слоя оказывают всепроникающее влияние как на характер мыслительного процесса, структуру Эго, так и на общее поведение человека. При восприятии и описании мира человек использует фильтры, с помощью которых сортирует информацию о реальности. Фильтры могут быть обусловлены физиологическими, социальными и индивидуальными особенностями конкретного человека. Тот опыт, который не пропущен фильтрами, остается за пределами сознания. Отсюда мир воспринимается и репрезентируется по-своему и является в истинном смысле уникальным для каждого индивидуума. Чтобы осознать реальность, необходимо ее описать с помощью языка, но каждый видит мир по-своему, следовательно, и репрезентирует, описывает его по-своему, на своем языке (будь то язык слов, язык образов или символов). Так язык и логика человека могут изменять и искажать процесс осознания. Поэтому методы развития личности, естественно, адресуются более «глубокому» уровню, чем просто индивидуальные отклонения, вытеснения и т. п. Методы этого уровня более других касаются социального контекста отклонений. К ним относятся все межличностные методы, которые, по выражению Уилбера, «заняты играми, в которые играет Эго». Однако основные методы семейной терапии, нейролингвистического программирования и некоторые другие относятся к этой наиболее важной части.

Совершенствование трансперсонального слоя. Этот слой представляет собой те уровни сознания, которые по природе сверхиндивидуальны. На этом уровне человек не ограничен условными пределами своего организма. Особую роль играют «первообразы», «коллективное бессознательное — архетипы». Здесь происходит примирение двойственности, «перемирие» «персоны» и «тени», Эго и тела. Выход человека в надличностный слой, за пределы своего индивидуального бытия, в метапозицию наблюдателя, способствует решению многих дезадаптаций: страхов и тревог, навязчивостей и депрессий, ибо «Я» становится «свидетелем» этих состояний, а не их участником. Этот сверхиндивидуальный свидетель способен наблюдать поток происходящего, течение событий, происходящих во внутреннем и внешнем пространствах психосоматического организма, оставаясь созерцательно беспричастным, не вмешиваясь и не отождествляясь с этим потоком. Эта позиция есть основание начальной буддийской практики. К этому слою могут относиться методы, направленные на расширение сознания: голотропное дыхание, *психосинтез*, медитация самонаблюдения, потрясающая психотерапия Ананьева, арттерапия и др. Именно благодаря таким переживаниям человек может коснуться мира метамотиваций, трансцендентных ценностей — другими словами, вступить в духовные области трансперсонального слоя.

Совершенствование уровня существования (MIND). Если на уровне трансперсонального слоя еще есть тонкая грань различия свидетеля и свидетельствуемого, то на уровне MIND эта тонкая грань сливается, т. е. остаточные следы двойственности полностью стираются. На этом уровне свидетель и свидетельствуемое становятся одним и тем же. «...Добиться, чтобы созерцающее, как и требует изначальная его природа, стало подобно созерцаемому, и стяжать ту совершеннейшую жизнь, которую боги предложили нам как цель на эти и будущие времена». Итак, в первом случае (трансперсональный слой) человек свидетельствует реальность (сущее), во втором (уровень MIND) он есть реальность (сущее). Методы этого уровня пытаются избавить человека от дуализма субъект—объект, после чего он

становится способным к взаимодействию с внепространственным миром космического Сознания. Выход на уровень MIND достигается с помощью специфических техник, включенных в некоторые формы религиозного мистицизма, таких как буддизм махаяны, даосизм, ведантизм, индуизм, суфизм, православный исихазм и другие.

К описанной выше классификации методов имеется ряд замечаний. Во-первых, все уровни спектра сознания, как и любого спектра, плавно переходят друг в друга и никоим образом не могут быть отделены друг от друга. Причисление различных психотерапевтических школ к одному из уровней или слоев является грубой аппроксимацией. Во-вторых, психотерапевтические школы, конечно, включают в себя работу и на других уровнях. В-третьих, чтобы приступить к работе на каком-либо уровне, патологический опыт нижележащего уровня должен быть устранен. В-четвертых, изменение спектра сознания связано с разотождествлением от организма до Космоса, и поэтому сознание отъединяется от всех блокирующих идентификаций. В-пятых, так как каждый уровень имеет свое ощущение тождества, то он имеет и свои особенности, соотносимые с ним. То есть различным уровням соответствуют различные психосоматические феномены: специфические сны, потребности, симптомы и прочее, поэтому и вносить изменения необходимо различным образом.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ.** П. к. является основным структурным подразделением психотерапевтической службы, формой организации психотерапевтической помощи.

В условиях этапной (ступенчатой) психотерапевтической помощи больным с пограничными нервно-психическими расстройствами П. к. организуются на базе лечебно-профилактических учреждений, выполняющих функции различных этапов оказания психотерапевтической помощи. П. к. организуются на основании Положения о психотерапевтическом кабинете Приказа Минздрава России от 30.10.95 № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» в составе территориальных поликлиник, поликлинических отделений центральных районных больниц, непосредственно обслуживающих не менее 25 тыс. человек взрослого населения, поликлинических отделений областных (окружных, краевых, республиканских) больниц, психоневрологических диспансеров (диспансерном отделении), в специализированных профильных центрах (отделениях), ведущих амбулаторный прием кардиологического, гастроэнтерологического, пульмонологического, онкологического, неврологического профиля, центрах ВИЧ-патологии, стационарах мощностью не менее 200 коек.

Первичным звеном психотерапевтической службы являются П. к. территориальных поликлиник, участковых больниц, специализированных лечебно-профилактических учреждений. В задачи П. к. в поликлиниках входит: проведение консультативных мероприятий по направлению участковых врачей и врачей-специалистов поликлиники; отбор для психотерапевтического лечения в условиях П. к. пациентов с неосложненными формами неврозов, другими пограничными состояниями, психических заболеваний в стадии ремиссии и психосоматическими заболеваниями при создании комплексных терапевтических и реабилитационных программ; направление больных для лечения в П. к. психоневрологического диспансера или другого специализированного учреждения. Одновременно с этим П. к. осуществляет внедрение принципов медицинской деонтологии, *психогигиены* и *психопрофилактики* в работу всего персонала лечебно-профилактического учреждения.

П. к. второго звена психотерапевтической помощи традиционно создавались в районных, городских, областных психоневрологических диспансерах. В настоящее время функцию второго этапа психотерапевтической помощи осуществляют специализированные психотерапевтические кабинеты территориального *психотерапевтического центра*. Они имеют широкую специализацию, оказывают помощь пациентам, направленным из территориальных поликлиник и специализированных лечебно-профилактических учреждений. В П. к. этого уровня в условиях динамического наблюдения осуществляется более тщательная диагностика и дифференциальная диагностика неврозов и других форм пограничных состояний, инициальных форм психических заболеваний, лечение психических заболеваний в стадии ремиссии. Здесь же применяются практически все необходимые методы и формы психотерапии больных, страдающих тяжелыми и затяжными формами неврозов с выраженными психопатологическими нарушениями, осуществляется *поддерживающая психотерапия*, мероприятия по ресоциализации и адаптации больных, страдающих другими пограничными состояниями и психическими заболеваниями.

По штатным нормативам Приказа Минздрава России от 30.10.95 № 294 «О психиатрической и

психотерапевтической помощи» в П. к. устанавливаются должности медицинского (врач-психотерапевт, медицинская сестра из расчета по одной должности на 25 тыс. взрослого населения) и иного персонала (клинический психолог, социальный работник также из расчета 1 должность на 25 тыс. взрослого населения). П. к. обеспечивает техническую возможность проведения необходимых диагностических и терапевтических мероприятий. Для этой цели материально-техническое оснащение П. к. предполагает наличие специально оборудованных помещений, приборов и аппаратов, медицинского инструментария, предметов ухода за пациентами, медицинской и бытовой мебели (Приказ Минздрава России от 30.10.95 № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи»). Для деятельности П. к. выделяется три помещения: кабинет для организации приема площадью 14-20 кв. м.; кабинет для *индивидуальной психотерапии* и *групповой психотерапии* площадью 30-40 кв. м.; помещение для клинического психолога и социального работника площадью 22-35 кв. м. Оформление помещений проводится с учетом особенностей контингентов больных, психологического воздействия элементов дизайна, создающего непринужденную обстановку, уют и комфорт. Рекомендуется для оформления кабинета использовать картины, декоративные растения, приборы бокового освещения и пр. Целесообразно располагать П. к. в отдельных помещениях, пространственно отдаленных от остальной территории лечебно-профилактического учреждения, на базе которого разворачивается психотерапевтическая служба. Значительно облегчают организацию психотерапевтического приема отдельные вход и выход, что способствует обеспечению анонимности посещений. В оснащение П.к. входят также аудиокomплекс, диапроектор слайдов с настенным экраном, компьютер с печатающим устройством, мягкие кресла с высокими спинками (15 шт.), психоаналитическая кушетка (кресло-функциональное) и др.

Хорошие условия работы кабинета обеспечиваются такой организацией территории, при которой в П. к. имеется своя приемная комната. Проведение различных мероприятий П. к. в разных помещениях позволяет осуществить пространственное разделение разных форм работы, что значительно увеличивает их эффективность. Собственная приемная комната позволяет пациенту с первых минут пребывания в П. к. настроиться на иной, по сравнению с общемедицинским, характер отношений между посетителями и медицинскими работниками. Созданию общего контекста начала психотерапевтического воздействия помогает специальное оформление приемной комнаты, в которой могут находиться книга отзывов пациентов, завершивших лечение, квалификационные удостоверения психотерапевтов, цитаты, выдержки из популярной психотерапевтической литературы и др. В кабинете приема, в котором начинается общение, заполняется первичная и иная медицинская документация, уточняются ожидания пациента, касающиеся лечения методами психотерапии. Здесь может находиться рабочее место среднего медицинского работника, оказывающего помощь врачу в оформлении медицинской документации. Переход в другое помещение для проведения индивидуальной и групповой психотерапии подчеркивает смену обычного стиля медицинского врачебного приема на стиль психотерапевтического взаимодействия. Разделение помещения П. к. на кабинет приема и кабинет психотерапевтической работы становится более актуальным при ориентации на современные, гуманистические варианты психотерапии, предполагающие партнерские взаимоотношения между пациентом и врачом-психотерапевтом. Это особенно важно на начальных этапах лечения, когда решается вопрос в выборе модели психотерапии, стиля поведения врача. Наличие отдельного кабинета или зоны для групповых занятий отражает тенденцию современной психотерапии, предполагающую сочетание различных методов и форм воздействия, а в условиях поликлиники способствует также интенсификации лечебного процесса. Представляется важным выделение помещения или специальной зоны для *симптоматической психотерапии* (суггестивной, поведенческой и др.), которая в силу своей специфичности предполагает усиление терапевтического результата с помощью *косвенного внушения* всевозможных эффектов (цвето-, аудио- и видеовоздействие и др.).

Такие кабинеты или зоны дополнительно могут быть оснащены цветоустановками, позволяющими менять цвет и интенсивность освещения, стереофоническими аудиосистемами для создания необходимого звукового фона (специально разработанные программы классической и «трансовой» музыки, звуки природы), слайдопроекторами для демонстрации изображений, видеосистемами. В последнее десятилетие в кабинетах психотерапии находят применение лазерные установки, различные имитационные приборы для кодирования, воздействия на центральную нервную

систему. Наиболее ярким отражением такой тенденции явилось создание кабинетов, оснащенных так называемым пультом психотерапевта, управляющим центром на основе персональных ЭВМ.

Организация работы П. к. определяется условиями деятельности лечебно-профилактического учреждения, на базе которого он функционирует. Наиболее частой формой организации потока пациентов являются листы самозаписи или талонная система, в некоторых случаях запись осуществляется по телефону. Выделяется время для работы с первичными пациентами и для повторных встреч. Техническую документацию ведет средний медицинский работник. Принятые в поликлинической сети на основании приказа МЗ РСФСР № 903 нормативы приема 2,5 человека в час в настоящее время пересматриваются в сторону увеличения времени приема. Рекомендованное время индивидуального приема составляет 50 мин, с технологическим перерывом 10 мин, групповой и *семейной психотерапии* — 1,5 часа, с технологическим перерывом 15 мин. Из деонтологических соображений и в целях обеспечения анонимного обращения создается и собственная картотека персональных документов (амбулаторных карт, амбулаторных историй болезни и др.).

Специализированную помощь оказывают П. к., созданные на базе профильных лечебно-профилактических учреждений. Например, П. к. в кардиологических диспансерах и центрах специализируются на оказании помощи больным с сердечно-сосудистой патологией, П. к. в гастроэнтерологических центрах — с патологией желудочно-кишечного тракта, П. к. на базе физкультурных диспансеров осуществляют психологическую подготовку спортсменов, в П. к. наркологических диспансеров проводится анонимное лечение зависимости от алкоголя, табака и токсических веществ.

В организации психотерапевтической помощи в настоящее время наблюдаются тенденции к расширению возможностей психотерапевтической и медико-психологической служб путем создания П. к., не входящих в государственные и муниципальные системы здравоохранения. Организация и методика работы традиционных П. к. в учреждениях санаторной сети практически не отличаются от муниципальных. Растет число П. к. в образовательных учреждениях, на промышленных предприятиях и т. п. Разновидностью П. к. на промышленном предприятии являются *кабинеты психологической разгрузки*, работа которых в большей мере ориентирована на решение психогигиенических задач. Наблюдается увеличение числа П. к. частнопрактикующих врачей. Еще одну современную тенденцию можно проследить на примере объединения П. к. в территориальные психотерапевтические диспансеры и психотерапевтические центры, которые берут на себя функции координации деятельности психотерапевтической службы, и П. к., работающих на базе различных лечебно-профилактических учреждений. Позитивной стороной процесса интеграции П. к. в центры является возможность оказания более квалифицированной помощи за счет деятельности коллектива психологов и психотерапевтов, а также специализация П. к. и создание, например, детского, подросткового П. к., П. к. для людей пожилого возраста, семейно-супружеской психотерапии, групповой психотерапии и др. В психотерапевтических центрах имеются лучшие условия для повышения квалификации работающих в них.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КЛУБ.** В связи с тем, что в течение 1-2-месячного обычного пребывания пациента в специализированном отделении неврозов (пограничных состояний) не всегда удается выполнить весь комплекс лечебно-реабилитационных задач, существуют различные формы *поддерживающей психотерапии* после выписки больного из стационара. Это могут быть группы амбулаторной поддерживающей психотерапии при том же отделении или в том же учреждении, в котором находился на лечении больной неврозом. Одной из таких форм поддерживающей психотерапии является «клуб бывших пациентов».

Задачей «клуба бывших пациентов» является продолжение начатой в стационаре психотерапевтической работы с целью возможно более полной социально-трудовой реабилитации больных. В условиях клуба сохраняется тесный контакт между больными и врачом-психотерапевтом, который осуществляет все необходимые мероприятия по разрешению имеющихся у пациентов трудностей, конфликтных ситуаций, по перестройке нарушенных отношений личности, продолжая эту работу с учетом особенностей клиники, патогенеза, целей и задач, а также результатов психотерапии, проводившейся на предшествующих этапах лечения.

В «клубе бывших пациентов» в зависимости от характера и клинической картины заболевания

могут применяться различные психотерапевтические методики: *рациональная психотерапия* во всем многообразии ее форм и приемов, активизирующая психотерапия, *гипнотерапия*, *аутогенная тренировка*, различные формы *групповой психотерапии*, а также общеоздоровительные мероприятия, такие как дыхательная гимнастика, культурно-массовая работа и др. Члены «клуба бывших пациентов» избирают совет клуба, который оказывает помощь психотерапевту в проведении всех реабилитационных мероприятий. Занятия с больными проводятся во внерабочее время 1 раз в неделю. По данным В. А. Киселева (1974), эффективность поддерживающей психотерапии в условиях «клуба бывших пациентов» подтверждается значительным сокращением периода временной нетрудоспособности по невротическому заболеванию среди членов клуба (более чем на треть), а также уменьшением числа приемов у врача *психотерапевтического кабинета*. «Клуб бывших пациентов» может рассматриваться как звено в социально-трудовой реабилитации больных неврозами и другими пограничными состояниями, которое используется лишь в течение определенного времени, начиная с выписки пациента из стационара до стабилизации нервно-психического состояния и полного восстановления трудоспособности. «Клуб бывших пациентов» представляет интерес и как центр психопрофилактической, медико-педагогической работы не только с больными пограничными состояниями, но и с людьми, их окружающими. Участие больных в работе «клуба бывших пациентов» осуществляется в течение периода (от нескольких месяцев до года), определяемого психотерапевтом исходя из клинических особенностей заболевания и реабилитационных показаний. Само название «клуб бывших пациентов» содержит психотерапевтический компонент. Тем самым подчеркивается, что речь идет о людях практически здоровых, а не о больных, не о лечении, а о закреплении результатов лечебно-восстановительной терапии, проведенной ранее.

Психотерапия в психиатрических клубах — неотъемлемый компонент поддерживающего лечения также психически больных. Эти клубы осуществляют свою работу на основе взаимодействия с другими учреждениями, что выражается в последовательном проведении психофармакотерапии и других видов биологической терапии и в систематической поэтапной психо- и социотерапии, направленной как на самого пациента (оказание *эмоциональной поддержки*, поощрение к *вербализации* своих эмоций, уменьшение тревоги и напряженности, повышение социального опыта и др.), так и на гармонизацию окружающей больного среды — семейных отношений, условий быта и производства.

Клубы могут организовываться при различных психотерапевтических учреждениях, психоневрологическом диспансере или психиатрическом стационаре. В терапевтических клубах для психически больных осуществляются различные виды индивидуальной (рациональная психотерапия, поведенческие приемы) и групповой психотерапии.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОНТАКТ.** Все психотерапевтические направления подчеркивают значение П. к. между врачом и больным не только для создания оптимальных условий лечения, но и как инструмента психологического влияния, способного приводить к позитивным переменам в чувствах, отношениях и поведении пациента.

П. к. содержит следующие лечебные компоненты: удовлетворение ожиданий и потребностей, выслушивание (отреагирование или «вентиляция» эмоционального напряжения), *эмоциональная поддержка*, *обратная связь* при раскрытии своих мыслей, переживаний и поведения. П. к. формирует на основе развития взаимопонимания коммуникации между психотерапевтом и пациентом. Важнейшей задачей врача при этом является создание устойчивых доверительных отношений с больным. Психотерапевт проявляет уважение к пациенту как личности, принимает его без морального осуждения и критики, проявляет желание помочь ему.

Взаимопонимание между психотерапевтом и пациентом, необходимое для оптимального П. к., достигается обоюдными вербальными и невербальными средствами коммуникации. Невербальное поведение врача (мимика, жесты, интонации) нередко оказывается для пациента более значимым, чем его высказывания. Для понимания невербального поведения важен учет таких его признаков, как дистанция между собеседниками, направленность корпуса тела, степень контакта взглядом, обращенность корпуса и др. Теплое, эмпатическое отношение психотерапевта к пациенту выражается короткой дистанцией между ними, прямым контактом, взглядом, улыбкой, обращенностью позы к пациенту, свободным и ненапряженным положением рук, доброжелательными и уверенными интонациями голоса и др. Сдержанное, эмоционально нейтральное, а иногда и «холодное» отношение

психотерапевта к пациенту проявляется в направленности взгляда и корпуса в сторону, в небрежности позы, наличии «преграды» (стола) между ними, отсутствии улыбки, скованности в положении тела и рук (барабанит пальцами по столу), в невыразительных и официальных интонациях голоса и др. Аналогичные признаки невербального поведения отмечаются у пациента при его положительном или отрицательном отношении к психотерапевту. При хорошем П. к. пациент в невербальной связи стремится к синхронности: телодвижения больного, положение рук, кивки головой, движения век, дыхание и т. д. координируются со звуками и содержанием речи психотерапевта. Продолжительность, темп и громкость речи, частоту пауз он также синхронизирует с вербальным поведением психотерапевта. Невербальный аккомпанемент открытого словесного выражения эмоционального отношения друг к другу нейтрализует, подчеркивает их или производит противоположное воздействие.

В различных психотерапевтических направлениях отмечаются своеобразные акценты на главном лечебном механизме П. к. В *психоанализе* центральным механизмом П. к. является *перенос* и *контрперенос* как проявление активизированных в психоаналитической ситуации детских и неизжитых эмоциональных отношений к родителям. Предполагается, что пациент вновь попадает в зависимость, теперь уже к психоаналитику, и в результате проработки возникшего невроза переноса освобождается от этой зависимости. В *клиент-центрированной психотерапии* создание эмпатической коммуникации позволяет избежать переноса, и благодаря особым терапевтическим условиям П. к. (*триада Роджерса*) появляется возможность нового понимания себя и своей жизни, ответственного и самостоятельного решения возникающих проблем. Лечебным механизмом П. к. при проведении *личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова* является выявление и анализ, в условиях доверительности, эмоционально теплого общения, основного стереотипа в системе отношений личности пациента, нарушающего его самооценку и межличностное функционирование. Своеобразием отличается подход к пониманию П. к. на основе *транзактного анализа*. Поведение пациента отражает в каждый момент общения с психотерапевтом одну из сторон его «Я»: взрослого «Я», родительского «Я» и «Я» ребенка. Так, если психотерапевт, вместо того чтобы искать причины нарушения пациентом лечебных предписаний, ограничивается критикой или морализированием, пациент реагирует страхом и покорностью или возмущается «наставлением» психотерапевта. В этом случае П. к. строится по типу «родитель—ребенок».

После установления первоначального П. к. между психотерапевтом и пациентом процесс общения приводит к созданию определенных взаимоотношений, которые сохраняются в ходе психотерапии или изменяются на разных ее этапах. В. А. Ташлыков (1984) выделяет два основных типа ролевого взаимодействия в П. к.: руководство и партнерство. Руководство как выражение авторитета (власти) специалиста отражает традиционную медицинскую модель отношений «врач—пациент», при которой врач доминирует, занимает ведущую, активную позицию, берет на себя ответственность за решение основных задач в период лечения, а пациент остается подчиненным, сравнительно малоактивным, пассивным объектом терапии. Такой психотерапевт наделяется «магическими» качествами, и больные особенно восприимчивы к его суггестивным влияниям. Социально незрелым пациентам с выраженной зависимостью при слабой мотивации к лечению этот тип контакта полезен, особенно на первом этапе лечения. В амбулаторных условиях при отказе психотерапевта от руководства в отношениях с указанными больными они стремятся прервать лечение и найти другого врача, удовлетворяющего их потребность в зависимости. Психотерапевт при этом применяет методы психотерапевтического воздействия, содержащие успокоение, разъяснение, *убеждение, внушение*, вселяет надежду, дает советы, рекомендации. П. к. отражает не только социальную (руководство и партнерство), но и эмоциональную дистанцию (эмпатический и эмоционально нейтральный подходы). Психотерапевтическое руководство в сочетании с эмоциональной поддержкой позволяет пациентам посредством подражания и идентификации лучше усваивать воздействие психотерапевта и тем самым вырабатывать более адекватные установки и формы поведения. Недостатком этого типа П. к. является низкая активность и ответственность больного, а также нередко *зависимость от психотерапевта*. Наибольшую неудовлетворенность и *сопротивление* пациентов вызывает руководство при эмоционально нейтральном подходе врача. Партнерство как модель неавторитарного сотрудничества, лечебного союза предполагает активное участие больного в психотерапевтическом процессе, развитие ответственности и самостоятельности, умение делать выбор между альтернативными решениями.



Психотерапевт эмпатическим подходом создает безопасную атмосферу общения, в которой пациент может свободно говорить о тягостных переживаниях и выражать свои чувства.

Отрицательные результаты психотерапии, ее неэффективность, уход больного от психотерапевта часто обусловлены неправильным выбором П. к., ригидным поведением врача и его психотерапевтической некомпетентностью, личной несовместимостью пациента и психотерапевта, отсутствием согласия и понимания между ними, невыполнением больным рекомендаций по лечебному режиму и образу жизни и т. д. С этой точки зрения *психотерапевтический контракт* представляется наиболее гибким среди различных типов П. к., так как в его основе лежит взаимно согласованное психотерапевтом и пациентом понимание болезни и лечения.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОНТРАКТ.** В различных моделях взаимоотношений «пациент—психотерапевт» находят отражение особенности социальных взаимодействий людей в тот или иной период общественного развития, в частности, такие их содержательные характеристики, как доминирование—подчинение, независимость—зависимость, дружелюбие—враждебность, степень ответственности и самостоятельности и др. В зависимости от задач лечения, коммуникативных стереотипов врача и больного, потребностей пациента и возможностей врача формируются основные модели *психотерапевтического контакта* по типу руководства (авторитарного сотрудничества) или партнерства (неавторитарного терапевтического союза).

В условиях платной медицинской помощи ожидания и требования пациента возрастают, а некоторые параметры указанных моделей взаимоотношений, в частности ответственность, директивность, эмпатичность, искренность психотерапевта, подвергаются определенным испытаниям. Для оптимального решения этих проблем и индивидуализации психотерапии возможно заключение так называемого П. к., или «контрактная (договорная)» модель взаимоотношения «психотерапевт—пациент». С одной стороны, П. к. соответствует духу частного предпринимательства, рыночных отношений спроса и предложения, этике купли-продажи, а с другой — он позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоими его участниками. Понятия «контракт» и «искусство врачевания» кажутся малосовместимыми. Однако структура П. к. может быть наполнена духовным, творческим, личностно-интимным содержанием.

Психотерапевт и пациент могут с большим удовлетворением и мотивацией приступить к лечению на основе соглашения (контракта, договора) относительно общего понимания болезни и стратегии лечения. Это соглашение определяется нередко уже в течение первой беседы, хотя, может быть, и не в прямой форме. При этом имеются в виду и вопросы структуры контракта: степень подчинения пациента психотерапевту и характер эмоциональной дистанции между ними. Врач с учетом потребностей и возможностей больного, а также задач терапии прогнозирует выраженность эмпатической коммуникации, а также определяет оптимальный уровень власти в отношении больного, т. е. какой объем ответственности за ход и результаты лечения каждый из них будет нести.

В условиях платного лечения пациент, выбирая психотерапевта, как бы «нанимает» его. Он полагает, что заключение контракта гарантирует ему квалифицированную помощь, удобство и доступность (четкое расписание посещений), право прервать курс лечения и найти другого психотерапевта, и ожидает, что психотерапевт будет согласовывать с ним важнейшие шаги в ходе лечения. Последний предъявляет пациенту требование сотрудничать в процессе терапии, выполнять соответствующие лечебные рекомендации и правила, вести здоровый образ жизни.

При партнерском типе поведения психотерапевта от пациента ожидается активное участие в психотерапии, ответственность, самостоятельность; при руководстве как авторитарной модели — участие пациента уже в планировании лечения ограничено. Между тем П. к. требует согласования с пациентом лечебного плана, обсуждения и принятия общего понимания болезни, целей терапии, ее методов, частоты посещений, длительности и предполагаемых результатов лечения. Пациент имеет возможность совместить условия лечения, ожидаемые результаты и его стоимость, принять решение о «заключении контракта». Психотерапевт, исходя из своих возможностей и предпочтений, прогноза успешности терапии, приходит к решению о принятии пациента на лечение, он может предложить пациенту заключить контракт на 3-5 посещений, после чего при наличии взаимной удовлетворенности ходом лечения оно продолжается.

П. к. может быть рассмотрен с позиций оценки его психотерапевтической полезности.

Основными сферами действия его лечебных механизмов являются: когнитивная, эмоциональная и мотивационно-поведенческая. В когнитивной сфере важно предоставление пациенту информации, необходимой для сознательного и активного его участия в терапии. Одной из причин недостаточного доверия больного может быть игнорирование психотерапевтом его концепции болезни, отсутствие согласованности в их представлениях о ней. При руководящем стиле психотерапевт задает много прямых вопросов, порой не дает пациенту возможности до конца высказаться, перебивает его; при П. к. в случае партнерского разделения ответственности психотерапевт предоставляет пациенту эти возможности. Что касается учета при П. к. лечебных механизмов в эмоциональной сфере, то пациент нередко нуждается не только в конкретной помощи и душевной опоре, но и в своеобразном дружеском отношении. Необходимо умение слушать пациента, чтобы понимать, о чем наиболее существенном он хотел бы говорить, что в данный момент более всего его тревожит. Взаимопонимание между психотерапевтом и пациентом, важное для оптимального П. к., достигается обоюдным влиянием вербальных и невербальных средств коммуникации. Невербальное поведение психотерапевта (мимика, жесты, интонации голоса) обычно оказывают на пациента не меньшее влияние, чем его слова. Является ли истинной эмпатической коммуникацией при П. к.? Пациент стремится определить, действительно ли психотерапевт боится за свою работу, искренне ли хочет помочь ему. Его неуверенность может вызываться отчасти существующим неравенством даже при партнерском типе взаимоотношений. Психотерапевт как специалист обладает большим авторитетом (властью), чем пациент, что создает возможности для злоупотребления ею. Поэтому врач должен обладать творческим авторитетом, формировать такую атмосферу, при которой асимметрия взаимоотношений не ущемляла бы больного, а предоставляла возможность выработки конструктивных навыков уверенного общения с авторитетными лицами. Психотерапевт регулирует взаимоотношения таким образом, чтобы контакт был эмоционально теплым и тесным, но не приобретал свойств симбиозного или фамильярного характера. Объединение понятий контракта (договор, соглашение, купля-продажа) и эмпатической коммуникации может вызвать сомнение. Однако развитое систематической подготовкой и *тренингом* в области психотерапии такое ролевое поведение в практической деятельности (и в условиях платной медицинской помощи) постепенно становится частью личности психотерапевта. Лечебные механизмы П. к. в мотивационно-поведенческой сфере заключаются в выяснении ожиданий пациента относительно лечения, характера мотивации к лечению, отношения к методам терапии. Обсуждение и согласование с пациентом задач психотерапии позволяет оптимизировать его мотивацию к лечению.

Психотерапевт может предложить три целевые стратегии психотерапии: 1) реконструкция внутреннего мира личности пациента — коррекция неадекватных, самофрустрирующих стереотипов переживания и поведения, а также выработка новых, более зрелых и конструктивных способов восприятия, переживания и поведения; 2) реконструкция связей пациента с ближайшим социальным окружением, решение актуального жизненного конфликта, улучшение межличностного функционирования; 3) непосредственное воздействие на симптомы болезни с помощью суггестии и тренинга. Если первая стратегия требует длительной, глубокой и трудной, но дающей кардинальные и стабильные результаты психотерапевтической работы, то третью можно осуществить за короткое время и достаточно эффективно, но она часто приводит к временным и нестабильным результатам. При П. к. пациент должен иметь право самостоятельно принять решение, как тратить свое время, силы и деньги для борьбы с болезнью, выбрать с помощью психотерапевта соответствующую стратегию психотерапии.

Врачу следует знать и контролировать свои коммуникативные особенности, способы преодоления трудностей в жизни, потребности и проблемы. Неосознаваемая потребность психотерапевта в одобрении со стороны пациента, чрезмерное стремление руководить им и опекать его, нетерпимость к противодействию, негативным реакциям, критике и агрессивности со стороны больного затрудняют установление надлежащего контакта. В условиях платной медицинской помощи при П. к. некоторые пациенты могут прямо или косвенно заявить психотерапевту о несоответствии затраченных денежных средств результатам лечения. Врачи, имеющие выраженную потребность в признании собственного совершенства, «всемогущества» («Я должен любого вылечить»), не осознающие и не контролируемые ее, могут испытывать хронический стресс, фрустрировать себя и пациентов.

П. к. направлен на повышение эффективности лечения, творческий рост психотерапевта,

большую свободу для пациента в выборе врача, повышение престижа здоровья. В условиях действия новых механизмов хозяйствования в здравоохранении в нашей стране необходим эффективный контроль стоимости и качества психотерапевтической помощи. Механизмы такого контроля могут действовать через больничные кассы. Независимые ассоциации психотерапевтов должны способствовать усилению контроля за соблюдением врачебной этики и качеством работы.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР.** Специализированное учреждение (функциональное подразделение клинической психиатрической больницы, центра психического здоровья), головное учреждение психотерапевтической службы территории, предназначенное для организации психотерапевтической помощи, проведения консультативно-диагностических мероприятий в рамках психотерапевтической службы, организации и оказания специализированного психотерапевтического лечения.

В настоящее время в Российской Федерации функционирует 17 П. ц. Формы организации П. ц. различны и определяются конкретными условиями развития психотерапевтической службы региона, моделью организации психиатрической помощи и системы охраны психического здоровья на территории. Существуют две основных формы П. ц. — как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение и как функциональное подразделение лечебно-профилактического учреждения, входящего в систему охраны психического здоровья. П. ц. как функциональные подразделения чаще организуются при краевых, областных, городских психиатрических больницах, крупных психоневрологических диспансерах, реже при общесоматических стационарах.

П. ц. выступает в качестве ведущего звена ступенчатой системы психотерапевтической помощи. Задачами П. ц. чаще всего являются:

- организационно-методические функции (координация работы психотерапевтических подразделений — кабинетов и отделений, анализ работы психотерапевтической службы, мероприятия по развитию и совершенствованию психотерапевтической помощи, взаимодействие с учреждениями психиатрической службы, органами управления здравоохранения и другими заинтересованными организациями, проведение мероприятий по обучению специалистов, занятых в психотерапевтической помощи, внедрение новых методов психотерапии в клиническую практику);

- консультативно-диагностические функции (проведение консультативных мероприятий для подразделений психотерапевтической службы по организации лечебного процесса, ведению конкретных пациентов, *супервизия* и проведение мероприятий по обмену опытом работы врачей-психотерапевтов и других специалистов, занятых в оказании психотерапевтической помощи, проведение консультаций по направлению смежных специалистов, осуществление углубленной психологической диагностики и др.);

- лечебные мероприятия (организация и проведение специализированной психотерапевтической помощи с пациентами с осложненными формами пограничных психических расстройств, психических расстройств в состоянии терапевтической ремиссии, психосоматических заболеваний различных возрастных групп, проведение различных форм психотерапии (индивидуальной, семейно-супружеской, групповой), организация психотерапевтической среды).

В соответствии с целями и задачами определяется и структура П. ц. В нем могут выделяться:

- организационно-методическое подразделение, функции которого аналогичны таковым в подразделениях психиатрической службы;

- амбулаторное психотерапевтическое подразделение (в нем могут объединяться *психотерапевтические кабинеты*, развернутые в общесоматических поликлиниках, других лечебно-профилактических учреждениях). Существует практика, при которой в ряде крупных городов в структуру П. ц. передаются психотерапевтические кабинеты других лечебно-профилактических учреждений, что обеспечивает преемственность и лучшую координацию работы. При этой модели территориально психотерапевтические кабинеты сохраняются в структуре лечебно-профилактических учреждений, но персонал кабинетов находится в штате П. ц.;

- отделение специализированной психотерапевтической помощи. В пределах штатного расписания П. ц. могут создаваться специализированные психотерапевтические кабинеты: например, *групповой психотерапии*, семейно-супружеской психотерапии, *детской психотерапии*, подростковой психотерапии, психотерапии для пожилых, *арттерапии*, *телесно-ориентированной психотерапии*,

гипнотерапии, видеотренинга и др.;

— в структуру П. ц. часто передаются подразделения *кризисной психотерапии, кабинет социально-психологической помощи*, телефон экстренной помощи («Телефон доверия»);

— лаборатория клинической (медицинской) психологии, в рамках которой организуется работа по различным направлениям психодиагностики;

— отделение *психопрофилактики* для психологической помощи здоровым, тренинговые лаборатории, клубы бывших пациентов, группы специалистов, реализующие различные проекты в области психопрофилактики и др.

— в некоторых случаях П. ц. имеет в своей структуре стационар и кризисный стационар (см. *Психотерапевтическое отделение*).

В настоящее время единой структуры П. ц. нет, поскольку опыт их организации лишь обобщается. Вместе с тем как форма организации психотерапевтической помощи П. ц. получают все большее признание, поскольку их создание позволяет оптимизировать материально-технические ресурсы психотерапевтической службы, улучшить координацию психотерапевтической работы на территории обслуживания и за счет объединения специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь в рамках одного учреждения, создать условия для профессионального роста, проведения специализированных форм психотерапевтической помощи, внедрения достижений психотерапии в практику здравоохранения.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО.** Вид (тип, форма) психотерапевтического воздействия, который характеризуется определенными целями и соответствующим им выбором средств воздействия, т. е. методов.

Термин П. в. может обозначать конкретный психотерапевтический прием (разъяснение, уточнение, стимуляция, *вербализация, интерпретация, конфронтация, научение, тренинг*, совет и пр.), а также более общую стратегию поведения психотерапевта, тесным образом связанную с теоретической ориентацией (прежде всего с пониманием природы того или иного расстройства и целями и задачами психотерапии).

Александрович (Aleksandrowicz J. W.) считает понятие П. в. одной из плоскостей термина «психотерапевтический метод». Наряду с пониманием метода как конкретного психотерапевтического приема (беседа, ролевая игра, тренинг и пр.), как условий, в которых протекает процесс *психотерапии* (амбулаторные, стационарные, семейные методы), как того или иного инструмента воздействия (индивидуальные и групповые методы), он также рассматривает психотерапевтический метод П. в. либо в параметрах стиля (директивный и недирективный), либо в параметрах теоретического подхода, который и определяет характер этих вмешательств (интерпретация, научение, межличностное взаимодействие).

Интерес представляет соотношение понятий «психотерапевтическое вмешательство» и «психологическое (клинико-психологическое) вмешательство». Медицина и психология используют различные виды вмешательств (интервенций). Все вмешательства, осуществляемые в медицине, могут быть подразделены на четыре группы: медикаментозные (фармакотерапия), хирургические, физикальные (физиотерапия) и психологические (психотерапия). Психологические интервенции, в свою очередь, осуществляются прежде всего в педагогике (педагого-психологические вмешательства); в сфере организации труда (производственно- и организационно-психологические вмешательства) и в медицине (клинико-психологические вмешательства). Таким образом, психотерапевтические вмешательства представляют собой психологические интервенции в медицине или клинико-психологические интервенции. Однако термин «клинико-психологическое вмешательство», с точки зрения ряда авторов, является более широким, чем «психотерапевтическое вмешательство». Так, Шмидхен и Бастин (Schmidtchen St., Bastine R.), выделяя три основных цели клинико-психологической интервенции в соответствии с различными фазами развития психических расстройств (профилактика, терапия и реабилитация), считают, что клинико-психологическая интервенция, осуществляемая в целях терапии и реабилитации, является психотерапевтической интервенцией и соответствует термину «психотерапия». Сходной точки зрения придерживаются Перре и Бауманн (Perrez M., Baumann U.), они также выделяют основные характеристики клинико-психологических интервенций: 1) функции — развитие, профилактика, лечение, реабилитация; клинико-психологические интервенции, выполняющие

функцию лечения (терапии) и частично реабилитации, являются по своей сути психотерапевтическими интервенциями, 2) методы — психологические средства, которые выбирает психотерапевт; они могут быть вербальными или невербальными, ориентированными в большей степени либо на когнитивные, либо на эмоциональные, либо на поведенческие аспекты и реализуются в контексте взаимоотношений и взаимодействий между пациентом или пациентами (теми, кто нуждается в помощи) и психотерапевтом (тем, кто эту помощь оказывает); типичными психологическими средствами являются беседа, тренировка (упражнения) или межличностные взаимоотношения как фактор влияния и воздействия; 3) цели — целевая ориентация на достижение определенных изменений; клинико-психологические интервенции могут быть направлены как на более общие, отдаленные цели (макрорезультат), так и на конкретные, более близкие цели (микрорезультат), однако всегда психологические средства воздействия должны четко соответствовать целям воздействия; 4) теоретическая обоснованность — обоснованность клинико-психологических интервенций с точки зрения определенных психологических теорий, научной психологии; 5) эмпирическая проверка, в особенности изучение эффективности; 6) профессиональные действия — клинико-психологические интервенции должны осуществляться в профессиональных рамках, т. е. профессионалами. Авторы подчеркивают, что три последние характеристики являются существенными для разграничения клинико-психологических интервенций и иных существующих в настоящее время воздействий, которые либо базируются на обыденной психологии, либо не имеют в своей основе никакой теории, а также не подвергаются эмпирической проверке.

Исходя из понимания П. в. как общей стратегии поведения психотерапевта, непосредственно связанной с теоретической ориентацией, можно выделить три основных его типа, соответствующих основным направлениям в психотерапии: психоаналитический, поведенческий и опытный (гуманистический), каждый из которых характеризуется собственной концепцией здоровья и болезни, терапевтическими целями, плоскостью вмешательства и соответствующими приемами и средствами вмешательства.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОПОСРЕДОВАНИЕ И ПОТЕНЦИРОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.** В широком понимании — усиление эффективности биологической терапии, к которой в первую очередь относятся фармакологические средства, физиотерапия, другие физико-химические факторы, имеющие целью непосредственное воздействие на мозговую ткань (электросудорожная терапия и др.).

Сложность вопросов П. о. и п. б. т. определяется степенью разрешения одной из труднейших проблем современной психотерапии и психологии в целом — соотношения психологического и биологического в человеке. Как известно, современное состояние психологических, философских и медицинских наук однозначного ответа на этот вопрос не дает.

В механизмах П. о. и п. б. т. представлены психологические явления различного уровня. К ним в первую очередь относятся макропсихологические процессы и процессы массовых коммуникаций. Это тенденции общественного сознания, культурные особенности, коллективные и групповые верования, а также такие явления, как мода и психологические аспекты действия средств массовой информации. В последнее время все активнее в процессы лечения вмешивается реклама, и ее воздействия нельзя не учитывать.

Помимо макропсихологических, на П. о. и п. б. т. влияют также микросоциальные процессы, относящиеся к малым группам, в первую очередь реальным, в которые включен пациент. На этом уровне особое значение приобретает характер взаимодействия в терапевтической диаде «врач—больной». Сложность и многоплановость процесса терапевтической коммуникации известна. Так, например, обсуждение с пациентом планируемого лечения в значительной мере повышает его эффективность и снижает частоту и выраженность негативных эффектов биологической терапии.

Индивидуально-психологические эффекты П. о. и п. б. т. в современной психотерапии изучены в большей степени и описываются в первую очередь через процессы косвенного (опосредованного, вооруженного) внушения и плацебо-эффекты.

Однако П. о. и п. б. т. может рассматриваться и как самостоятельный психотерапевтический подход. А. Т. Филатов (1975) указывает основные его принципы: учет оценочных суждений больного о том лечении, которое врач намерен ему назначить; учет мнения пациента о препарате; формирование

эмоционального положительного отношения больного к предстоящему лечению; формирование реакции ожидания лечебного действия препарата; потенцирование лечебного эффекта как врачом, так и остальным медицинским персоналом, принимающим участие в лечении больного; дезактуализация возможных побочных явлений, связанных с приемом препарата; аксиологическая переориентация значимости для больного побочных действий препарата; коррекция эгроотогении; формирование лечебной перспективы в связи с проводимой терапией.

В работах И. З. Вельвовского (1966) и Д. А. Бершадского (1971) приведены обоснования и конкретные методики опосредования и потенцирования лечебных воздействий, в первую очередь физиотерапии, бальнеотерапии, лечебной физкультуры в санаторно-курортных условиях.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ.** Специализированное учреждение (подразделение стационара), предназначенное для проведения лечения преимущественно методами психотерапии.

П. о. организуются при краевых, областных, городских психиатрических больницах, крупных психоневрологических диспансерах, психотерапевтических центрах, реже — в общесоматических стационарах. Эти отделения выступают в качестве одного из звеньев ступенчатой системы психотерапевтической помощи. По своей организации и целям П. о. характеризуются режимом, не повторяющим режим «спокойных» отделений психиатрических больниц, и предназначаются для оказания помощи больным неврозами и другими пограничными состояниями. На основании Приказа Минздрава России от 30.10.95 № 294 «О психотерапевтической и психиатрической помощи» П. о. создаются органами управления здравоохранения субъектов Российской Федерации по предложению главного психиатра и главного психотерапевта в республиканских, окружных, краевых, областных административных центрах, а также в городах с населением не менее 250 тыс. человек.

Основными задачами при организации П. о. являются:

- стационарная лечебно-диагностическая помощь при неврозах, других нервно-психических и психосоматических расстройствах, больным с психическими заболеваниями в стадии ремиссии, вне обострения и нуждающимся в стационарной помощи;

- лечебная помощь, в зависимости от показаний в виде психотерапии симптомоличностно- и социоцентрированной направленности в сочетании с медикаментозным и другими видами лечения. Психотерапия проводится в индивидуальной, семейно-супружеской и групповой формах;

- организация стационарной психотерапевтической помощи населению;

- внедрение в психотерапевтическую практику новейших достижений в области психотерапии.

Основной контингент П. о. — пациенты с выраженными невротическими, нейровегетативными расстройствами, тяжелыми формами неврозов с хроническим течением, осложненными другой патологией, больные, для которых повседневное социальное окружение является постоянным источником декомпенсации, что делает проведение *амбулаторной психотерапии* затруднительным или даже невозможным (Карвасарский Б. Д., 1990). На практике П. о. сходны по контингенту обслуживания с так называемыми отделениями пограничных состояний, в которых также проходят лечение пациенты с невротическими состояниями и другими пограничными расстройствами. Практика организации П. о. достаточно сложна, поскольку требует соблюдения ряда условий, без которых реализация задач П. о. не представляется возможной:

- в П. о. должны работать специалисты и персонал, имеющие хорошую психотерапевтическую подготовку (врачи-психотерапевты, клинические психологи, социальные работники и др.), а также опыт взаимодействия при реализации психотерапевтических программ;

- в П. о. поступают пациенты, имеющие мотивацию к прохождению психотерапии, не отрицающие роли в качестве основных причин заболевания психологических факторов. Для решения вопросов о госпитализации пациента в П. о. фактор мотивации для участия в психотерапии является не менее важным, чем клинические показания, в противном случае реализация психотерапевтической программы станет невозможной из-за соматоцентрической ориентации внутренней картины болезни пациентов и актуализации психологического защитного поведения, в том числе в виде манипулятивных тенденций;

- обязательным условием работы П. о. является методичная и последовательная организация психотерапевтической среды, в противном случае в психотерапевтическом отделении возможно

формирование «антитерапевтической» направленности социально-психологического климата (Назыров Р. К., Исакова С. И., 1997), при котором активная раскрывающая психотерапия становится невозможной из-за манипулятивного поведения больных;

— для анализа микросоциальных явлений, преодоления «синдрома эмоционального сгорания» специалистов, разрешения трудностей в среде пациентов и персонала должны регулярно проводиться специальные мероприятия, направленные на преодоление этих явлений. В качестве таких мероприятий могут использоваться еженедельные встречи сотрудников отделения для анализа и управления микросоциальными явлениями и выработки стратегии поведения всех сотрудников, а также регулярные групповые обсуждения психотерапевтического ведения пациентов и терапевтических групп.

Ниже приводятся различия между П. о. и отделениями пограничных состояний (табл. 7).

**Таблица 7**

Классификационные признаки	Отделение пограничных состояний	Психотерапевтическое отделение
Контингент пациентов	Пограничные состояния	Пограничные состояния
Отношение пациентов к собственному заболеванию	В качестве причин заболевания рассматриваются внешние по отношению к личности биологические факторы, внешняя ситуация и пр.	В качестве причин заболевания рассматриваются внутриличностные причины — интрапсихический конфликт, неадаптивные психологические стереотипы, психофизический инфантилизм и пр.
Отношение пациента к лечению	Лечение осуществляет врач	Лечебные мероприятия являются инструментом осознания причин заболевания и их устранения
Цели терапии	Определяет врач	Определяет пациент с помощью врача
Мотивация на участие в лечении	Пассивная (меня лечат, а я лишь участвую в лечении)	Активная (я познаю причины заболевания и учусь их преодолевать, лечебные мероприятия в отделении только помогают мне в этом)
Госпитализация осуществляется по	Направлению врача с учетом клинического состояния	По решению отборочной комиссии с учетом клинических показаний и мотивации к участию в психотерапии
Основные факторы лечения	Основным является биологическая терапия, психотерапевтические и социотерапевтические мероприятия имеют дополнительный характер	Основными являются психотерапия и социотерапевтические факторы; биологическое лечение является вспомогательным
Терапевтические потенциал среды	Используется пассивно (например, терапия занятостью)	Используется активно (например, терапия средой, социотерапия)
Управление содержанием психотерапевтического процесса и взаимодействия специалистов	Осуществляет лечащий врач и руководитель отделения	Осуществляется всем коллективом отделения (терапевтическим сообществом) на специальных встречах, позволяющих анализировать процесс реализации индивидуальной терапевтической программы, микросоциальные явления, межперсональные трудности в среде пациентов и специалистов и персонала
Мероприятия, направленные на анализ и управление микросоциальными	Отсутствуют	Проводятся регулярно

процессами		
------------	--	--

Месторасположением П. о. определяется специфика направляемых для лечения пациентов. Так, в П. о. для соматических больных основную часть пациентов составляют лица, страдающие соматическими заболеваниями, обычно «функциональными наслоениями», а в П. о. при психиатрических больницах — лица с малопрогрессирующими формами психической патологии, невротоподобными формами органической патологии центральной нервной системы. Вариантом П. о. являются отделения, специализирующиеся на оказании помощи при так называемых психосоматических заболеваниях, однако они не получили значительного распространения. Стационарная психотерапия в условиях П. о. отличается от амбулаторной своими специфическими особенностями, среди которых можно выделить следующие. Доминирующее значение *личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова* определяется контингентом больных. В этот основной метод интегрируются необходимые симптомо- и социоцентрированные мероприятия, направленные на смягчение и ликвидацию симптоматики. Такая ориентация стационарной психотерапии диктуется самой логикой отбора пациентов и преобладанием больных с тяжелыми формами невротических и других пограничных нервно-психических расстройств. Условия специализированного отделения предоставляют возможность значительной интенсификации лечебного процесса по сравнению с амбулаторным. Пребывание больного в П. о. в течение суток позволяет организовать распорядок дня так, чтобы все проводимые мероприятия обладали психотерапевтическим потенциалом. В условиях отделения стирается грань между психотерапевтическими и социотерапевтическими воздействиями, максимально стимулируется активность самих пациентов, повышается эффективность как специфических, так и неспецифических видов психотерапии за счет формирования психотерапевтического климата. П. о. строится на принципах терапевтического сообщества — особого социума, ориентированного на решение терапевтических задач. Позитивный эффект достигается благодаря максимальному использованию терапевтической роли межличностного взаимодействия персонала отделения и больных, включая организацию элементов самоуправления пациентов («советов больных» и т. п.), способствующих вовлечению максимального числа больных в деятельность, направленную на активное преодоление заболевания. Однако создание психотерапевтической среды в П. о. возможно лишь при условии дополнительной подготовки медицинского персонала.

Еще один фактор, значительно усиливающий эффективность психотерапии в П. о., — это использование специализированных режимов. При условии значительного улучшения состояния больного, в целях пробного практического разрешения актуальных производственных и бытовых проблем, намеченных в процессе психотерапии, его переводят на более свободный режим. Своевременное изменение режима пребывания пациента в П. о. способствует восстановлению утраченных в период болезни и нахождения в стационаре социальных связей и служит профилактикой явлений «госпитализма».

Специфика П. о. может быть реализована полностью при наличии необходимой материально-технической базы. Существующие П. о. рассчитаны на 45-60 коек. Отделение обслуживают опытные врачи-психотерапевты, клинические (медицинские) психологи, социальные работники, специалисты по *арттерапии*, лечебной физкультуре и др., средний и младший медицинский персонал.

В соответствии с Приказом Минздрава России от 30.10.95 № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» в штатах П. о. устанавливаются должности врача-психотерапевта из расчета 1 должность на 15 коек, клинического (медицинского) психолога и социального работника из расчета 1 должность на 20 коек. Штатные нормативы среднего и младшего медицинского персонала устанавливаются на основании Приказа Минздрава России от 13.02.95 №27.

Желательно расположение П. о. за пределами основных корпусов лечебно-профилактических учреждений, по возможности за городом. В дополнение к помещениям терапевтического назначения (кабинеты для *индивидуальной психотерапии*, комнаты для проведения поведенческой и *групповой психотерапии*, кабинет психодиагностики, мастерские для арттерапии, видеолaborатории) в П. о., как в



санатории-профилактории, должны быть небольшие палаты со всеми бытовыми удобствами, актовый и спортивный залы, библиотека, кафе, помещения для общения пациентов. Важным неспецифическим фактором психотерапии является дизайн интерьера и функциональное использование территории вокруг отделения.

В соответствии с Приказом Минздрава России от 30.10.95 № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» примерный перечень оснащения П. о. составляет оборудование и оснащение реабилитационных отделений психиатрических больниц, а также дополнительное оборудование, которое включает в себя, в частности, помещение для групповой психотерапии площадью 30-40 кв. м., помещение для *гипнотерапии* площадью 30-35 кв. м., помещение для арттерапии площадью 30-40 кв. м., помещение для клуба пациентов площадью 30-40 кв. м., конференц-зал площадью 50-70 кв. м. Отделение дополнительно оборудуется также 50 мягкими креслами.

В качестве варианта организации стационарной психотерапевтической помощи может выступать полустационарное отделение в двух формах: дневной и ночной стационары. От П. о. их отличает режим частичной госпитализации, что предполагает направление в них пациентов с более легким течением заболевания.

**ПСИХОТЕРАПИЯ** (от греч. *psyche* — душа и *therapeia* — лечение). В настоящее время не является однозначно понимаемой областью научных знаний и практических подходов, а представляет собой всего лишь их сочетание и частично взаимодействие и отличается различными психологическими, медицинскими, антропологическими, социоэкономическими, экологическими и философскими установками и чрезвычайно широким спектром применения. В общих чертах Бастин (Bastine R., 1982) определяет П. как особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем или затруднений психического характера. Подчеркивая многоплановость П., Ледер (Leder S., 1993) указывает на возможные представления о психотерапии:

1) как о методе лечения, влияющего на состояние и функционирование организма в сферах психической и соматической деятельности;

2) как о методе оказания влияния или воздействия, приводящем в движение процесс *научения*;

3) как о методе инструментальной манипуляции, служащей целям социального контроля;

4) как о комплексе явлений, происходящих в ходе взаимодействия и общения людей.

Первое определение основывается на медицинской модели, второе связано с психологическими концепциями, третье — с социологическими, четвертое — с философией.

Впервые термин П. введен в конце XIX в. Тьюком (Tuke D. H.). В опубликованной им в 1872 г. книге «Иллюстрации влияния разума на тело» одна из глав так и названа: «Психотерапия». Общеупотребительным термин П. становится только в 90-х гг. XIX в. в связи с развитием техники *гипноза*. П., рассматриваемая как часть медицины, претендует на оплату расходов по лечению больных через органы здравоохранения и медицинские страховые компании.

Результатом такого понимания П. в современной немецкоязычной литературе стало часто используемое определение, данное Штротцка (Strotzka H. H., 1982): «Психотерапия — это взаимодействие между одним или несколькими пациентами и одним или несколькими психотерапевтами (прошедшими соответствующее обучение и подготовку) с целью лечения нарушений поведения или болезненных состояний (преимущественно психосоциальной природы) психологическими средствами (в том числе путем коммуникации, как вербальной, так и невербальной), с применением доступных больным приемов, с вполне определенной целью и на основе теории нормального и аномального поведения». В англоязычной литературе термин П. также имеет медицинское, но еще более узкое значение. Это понятие употребляется для обозначения методов лечения, не использующих приемы *психоанализа* и отличающихся от психоаналитических способов терапии отказом от попыток исследования глубинных слоев психики больного. Для П. с применением техник и приемов работы с глубинными слоями психики используется термин «психоанализ».

Однако термин П. не стал чисто медицинским понятием. Психотерапевты, не являющиеся врачами по образованию или роду деятельности, выдвигают иную — философскую и психологическую — модель П., которая основана на первичном значении этого слова — «исцеление душой». Основная цель этого подхода не излечение от психических расстройств, а помощь в процессе становления

сознания и личности, при которой психотерапевт предстает спутником больного, его другом и наставником. Условиями, необходимыми для успешной деятельности психотерапевта, являются не столько наличие у него специального (медицинского) образования, позволяющего ставить правильный диагноз и назначать тот или иной метод лечения, сколько безоценочное отношение к пациенту и принятие его таким, каков он есть, сострадание и сочувствие к нему, а также искренность и честность поведения. Следствием такого понимания П. является распространение ее методов в различных областях в педагогике, социальной работе, прикладной психологии и пр.

Об этом свидетельствует содержание Декларации по П., принятой Европейской ассоциацией психотерапии в Страсбурге 21 октября 1990 г. Согласно этой декларации:

1) П. является особой дисциплиной из области гуманитарных наук, занятие которой представляет собой свободную и независимую профессию;

2) психотерапевтическое образование требует высокого уровня теоретической и клинической подготовленности;

3) гарантированным является разнообразие психотерапевтических методов;

4) образование в области одного из психотерапевтических методов должно осуществляться интегрально; оно включает теорию, личный терапевтический опыт и практику под руководством *супервизора*, одновременно приобретаются широкие представления о других методах;

5) доступ к такому образованию возможен при условии широкой предварительной подготовки, в частности в области гуманитарных и общественных наук.

Трудности с определением предмета П. требуют от авторов описания границ этого понятия через внешние признаки психотерапевтического процесса. Под последним понимается, например, заведомо планируемое и отличающееся заранее заданной структурой действие, при котором благодаря целенаправленным усилиям психотерапевта и пациента должны наступать конструктивные изменения в процессах переживания событий, в поведении и социальных контактах пациента. При таком рассмотрении П. отличается от других методов лечения по крайней мере тремя особенностями: 1) при ее проведении применяются психологические средства изменения личности, связанные с использованием основ психологии (в отличие от используемых в медицине, фармакологии, педагогике, социологии и юриспруденции); 2) применяются эти средства и методы профессионально, т. е. подготовленными специалистами и персоналом, действующим осознанно и целенаправленно, умеющим научно обосновывать свои действия, воспроизводить их в ходе П. с различными пациентами и оценивать их; 3) с помощью П. лечат лиц, страдающих расстройствами психики (Bastine R., 1978; Linsenhoff A., Bastine R., Kommer D., 1980).

В русскоязычной литературе более принятым является определение П. как системы лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного. И следовательно, будучи методом лечения, П. традиционно входит в компетенцию медицины (Карвасарский Б. Д., 1985). Разрабатывая содержание и границы П., разные авторы подчеркивают интегративный ее характер, включение в ее научный и практический аппарат и в методологию современных достижений в первую очередь психологии и медицины, а также философии, социологии. Психотерапевтическое лечение специфично, основано на психических (психологических) методах воздействия на клинические феномены и отчасти на страдание и поэтому становится точкой пересечения ряда областей знания: медицины, психологии, социологии, педагогики и др. Происходит экспансия П. во внеклиническую среду (реадаптация и реабилитация после пребывания в лечебном учреждении, *кабинеты социально-психологической помощи* и семейных отношений и др.). П. находит возрастающее признание в общей медицине. В то же время (фактически в условиях превращения ее в самостоятельную дисциплину) в ней, как это нередко наблюдалось в истории науки, практика опережает теоретическое знание.

Психологические методы воздействия в П. включают в первую очередь языковое общение, которое, как правило, реализуется во время специально организованной встречи психотерапевта с пациентом или группой пациентов. В последнее время большое значение уделяется и средствам невербальной коммуникации. В общем виде в психологический инструментарий П. входят такие средства и формы воздействия, которые могут влиять на интеллектуальную деятельность пациента, на его эмоциональное состояние и поведение.

Учитывая все многообразие концепций, подходов, методов, организационных моделей,

социокультурных феноменов, можно говорить о существовании П. в трех основных сферах общественного сознания: 1) академической, которая предполагает разработку научно обоснованных подходов на базе научного мировоззрения; 2) альтернативной, которая основывается на различных исторически обусловленных эзотерических учениях и религиозных системах; 3) интуитивной, которая является результатом влияния первых двух на обыденное сознание большинства общества и выражается в явлениях психологической культуры, в отношении к существующей практике оказания психотерапевтической помощи, в общественном мнении, а также в практике бытовой П. и помощи в решениях психологических (психических) затруднений. Существование П. в трех указанных сферах определяет процессы ее научного и практического развития, причем если П. в академической и альтернативной сферах является поставщиком моделей, концепций, практических подходов, то П. в интуитивной сфере общественного сознания определяет признание той или иной концепции в обществе, формулирует общественный заказ, стимулирует развитие одних и тормозит развитие других (см. *Понятие прогресса в психотерапии*). Так, сочетание ряда социокультурных факторов способствовало активному распространению психоанализа в Европе в конце XIX — начале XX в., а также всплеску интереса к П. в альтернативной сфере. *Альтернативная психотерапия* также способна к формированию течений и методов (например, активно развивающегося в последнее время направления христианской П., П., основанной на практике дзэн, и др.), а также приемов практической работы.

Существование различных моделей П. определяется воздействием разнообразных социокультурных, экономических и других факторов, оказывающих влияние на развитие П. в современном мире, и заостряет вопрос о социальной релевантности целевых установок в П., о ее нормативном аспекте. Развиваясь, основные модели П. влияют на создание новых и совершенствование существующих психотерапевтических методов, методических приемов и форм организации П. Проблема профессиональной ответственности психотерапевта, осуществляющего комплекс диагностических, психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий, становится особенно актуальной в связи с расширением сети *психотерапевтических кабинетов*, привлечением к этой работе все большего числа специалистов. Однако, несмотря на очевидный *интердисциплинарный характер П.* (Карвасарский Б. Д., 1982; Hidas G., 1976; Kratochvil S., 1976; Katzenstein A., 1980, и др.), она, конечно, является лечебной медицинской дисциплиной, а учет и разработка ее клинических основ приобретают сегодня по-прежнему первостепенное значение. Это не исключает использования психотерапевтических методов (соответствующим образом модифицированных) также для решения психогигиенических, психопрофилактических, психокоррекционных и иных задач.

Одной из косвенных причин существования различных моделей и методов П. является отсутствие достаточно убедительных критериев большей эффективности одних методов по сравнению с другими. Диапазон их очень широк: *разговорная П.* и другие психотерапевтические подходы гуманистической ориентации, большое число поведенческих приемов, *психодрама*, разные школы психоанализа и т. п.

Всего в настоящее время насчитывается более 500 самостоятельных методов П. Если бы они претендовали только на лечение определенных патологических состояний, с этим можно было бы согласиться: они дополняли бы друг друга. Но, к сожалению, это не так. Каждый психотерапевтический подход претендует на эффективность при лечении почти во всех областях психопатологии, хотя в большинстве случаев их теоретические основы и методы несовместимы. Уникальная для системы практического здравоохранения ситуация относительно П. состоит в том, что больной обращается к врачу за помощью, а выбор терапии зависит не от диагноза или других объективных характеристик состояния пациента, а от того, к какой школе П. причисляет себя врач, и даже когда терапия оказывается неэффективной, пациент не переводится к психотерапевту другой ориентации. В связи с этим большое значение на современном этапе развития П. имеет поиск, исследование общих факторов психотерапевтического воздействия, что позволит существенным образом приблизиться к определению эффективности психотерапевтических методов, которая применительно к большинству из них до настоящего времени либо не исследовалась вовсе, либо не доказана. В этом смысле представляют интерес попытки выделения *общих факторов П.* К основным из них Мармор (Marmor J., 1978) относит:

- 1) хорошие отношения и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом — исходная

предпосылка, на которой строится П.;

2) ослабление напряжения на начальной стадии, основанное на способности пациента обсуждать свою проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь;

3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта;

4) оперативная модификация поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося *коррективного эмоционального опыта* в отношениях с врачом;

5) приобретение социальных навыков на модели психотерапевта;

6) *убеждение и внушение*, явное или скрытое;

7) усвоение или тренировка более адаптивных способов поведения при условии *эмоциональной поддержки* со стороны психотерапевта.

При современном уровне развития медицины, широком использовании П. в соматических клиниках определяющим становится принцип интеграции собственно психотерапевтических, психологических, социотерапевтических и биологических воздействий в системе лечения больного. Только учет этой тенденции обеспечит дальнейшее адекватное развитие теории и практики П. как общемедицинской специальности.

Ведущие тенденции развития П. в полной мере отражают общенаучное содержание понятия интеграции. С одной стороны, это тенденция к выделению П. в самостоятельную область медицины, прежде всего из психиатрии, с другой — интегративные тенденции, активное использование в своем становлении не только медицинских, но и психологических, педагогических и других наук, а также интеграция в лечебной практике различных психотерапевтических направлений, подходов, методов и технических приемов.

Основная трудность интегративного движения в П. заключается в особенностях ее развития на современном этапе. В то время как в клинике внутренних болезней, хирургии и других областях медицины дифференциация происходила на базе уже сложившихся в теоретическом и практическом отношениях медицинских дисциплин, в П. она осуществляется в условиях, по сути, лишь начинающейся разработки ее научных основ (методов, механизмов лечебного действия, эффективности и др.).

Не успев оформиться в самостоятельную область медицины, П. практически уже распалась на множество субспециальностей.

С учетом основных факторов П. вне конкретных ее направлений и форм можно выделить формирующиеся модели интегративной П.: гуманистическую, инструментально-интеракционную и инструментально-техническую (Ташлыков В. А., 1992). В гуманистической модели интегративной П. решающим фактором ее действенности может быть признана эмпатическая коммуникация «психотерапевт— пациент». В инструментально-интеракционной модели предпочтение также отдается не техническим приемам, а использованию взаимоотношений «психотерапевт — пациент» как лечебного инструмента, однако психотерапевт занимает более активную позицию и берет на себя определенную долю ответственности и инициативы. Инструментально-техническая модель П. интегративного типа, по сравнению с предыдущей, характеризуется дальнейшим возрастанием активности психотерапевта во взаимоотношениях с пациентом, более структурированным процессом П.; в ней существенное значение придается использованию разнообразных технических приемов и методов П. В этом случае с пациентом обсуждаются альтернативные формы лечения, согласовываются цели П. и ее методы, лечебный план, длительность и предполагаемые результаты терапии (см. *Интегративная психотерапия*).

Выбор конкретного метода П., постановка и реализация *психотерапевтических целей* и задач в случае медицинской ее модели определяются взаимовлиянием конкретных клинических показателей больного и болезни, особенностями его личности и других психологических характеристик, уровнем социально-психологической адаптации пациента, синтезированными в многомерном диагнозе, а также структурно-организационной формой проведения П.

Значительное число методов и методик П., разнородные принципы классификации, многозначность понятий затрудняют оценку эффективности ее методов, определение показаний и противопоказаний к П., соотношения П. и других видов лечения. Общеизвестным является применение П. при широком круге расстройств. В первую очередь это касается невротических

состояний и других пограничных расстройств психогенной этиологии, некоторых форм психосоматических нарушений, реакций дезадаптации, кризисных состояний. П. применяется также у пациентов с личностными нарушениями, психическими расстройствами на этапах формирования медикаментозной ремиссии, с алкогольной и другими формами зависимости. Хотя П. используется при широком круге заболеваний, этиопатогенетическое значение она приобретает преимущественно при психогениях, возникновение и течение которых обуславливается психическими (психологическими) факторами. В этой группе заболеваний П. может выступать в виде единственного метода лечения или включаться в систему комплексного лечения.

В русскоязычной литературе все большую популярность в отношении назначения П. завоевывает представление о трех уровнях ее проведения: 1) профессиональная П. осуществляется врачом-психотерапевтом, который является лечащим врачом и самостоятельно ведет пациента; 2) П. как вспомогательный метод может проводиться как психотерапевтом-профессионалом, так и узким специалистом; 3) П. в общей медицинской практике проводится всеми врачами, что позволяет реализовать биопсихосоциальный подход в медицине. Четкое определение уровня проведения П. способствует обоснованному формулированию ее целей и задач, при этом как недооценка, так и переоценка возможностей П. негативно сказываются на эффективности лечения и имидже психотерапевта и психотерапевтической службы.

В академической П. распространена точка зрения о целесообразности разграничения всего многообразия методов психотерапии. При этом, как указывает Ледер, используются такие термины, как сдерживающая и освобождающая, поддерживающая и интегративная, симптоматическая и каузальная, поверхностная и глубинная, познавательная и эмоциональная, механистическая и гуманистическая, динамическая, поведенческая, эмпирическая П. и др.

Не существует единой общепринятой классификации методов П. Попытку проанализировать все многообразие значений, в которых используется понятие метода П., сделал Александрович (Aleksandrowicz J.W., 1979):

- 1) методы, имеющие характер техник;
- 2) методы, определяющие условия, которые способствуют достижению и оптимизации целей П.;
- 3) методы в значении инструмента, которым мы пользуемся в ходе психотерапевтического процесса;
- 4) методы в значении терапевтических интервенций (вмешательств).

Различаются методы П., раскрывающие причины конфликтов, и методы, не раскрывающие их (имеются в виду различные позиции психотерапевтов в отношении неосознанных комплексов и конфликтов). Методы, раскрывающие причины конфликтов, в основном идентичны психоанализу или методам, ориентированным на психоанализ; они предполагают, что важную роль играет бессознательная составляющая личности. Широко распространено разграничение «большой» и «малой» П. К первой относят методы психоанализа и близких к нему школ, ко второй — *рациональную П.* (беседы с больным), а также способы, основанные на внушении и *релаксации*. В зависимости от условий, в которых проводится П., и врачебной подготовки психотерапевта различают П., проводимую врачом-специалистом, и П., осуществляемую домашним врачом и интернистом общего профиля; кроме того, различают П., проводимую в амбулаторных условиях, и П., осуществляемую в условиях стационара (последняя предполагает характерные условия лечения и применение определенных методов воздействия). На практике имеет также значение отличие *групповой П.* от индивидуальной (Исурина Г. Л., 1995), поскольку каждая из них связана с определенными предпосылками в отношении показаний, подготовки психотерапевта и техники проведения сеансов (см. *Классификация методов психотерапии*).

Ни один из существующих методов не является самым лучшим, разные методы преследуют разные цели и применимы не ко всем больным, а к определенным группам пациентов. Их выбор зависит от психотерапевта — от его личности, уровня подготовки и теоретической ориентации.

В отечественной литературе использование понятий метода, методики, формы, приема, техники П. носит преимущественно субъективный характер, что не могло не отразиться на их систематике. Положение ухудшалось слабой информированностью и идеологической ориентацией отечественной П., и поэтому в классификационные схемы не включались многие методы, широко применяемые во всем

мире. В. Е. Рожнов (1983) разделял П. на общую и частную, или специальную. Общая П. включает комплекс психических воздействий на больного, направленный на повышение его сил в борьбе с болезнью, на создание охранительно-восстановительного режима, исключающего психическую травматизацию и ятрогению. При этом П. является вспомогательным средством, создающим общий фон, на котором применяются другие виды лечения (медикаментозное, физиотерапевтическое и пр.). В 1985г. Б. Д. Карвасарский уже подразделял П. на:

- 1) методы личностно-ориентированной П.;
- 2) методы суггестивной П.;
- 3) методы поведенческой (условно-рефлекторной) П.

Несмотря на различные классификационные деления, принято рассматривать П. как симптомо- и личностно-ориентированную. К первой традиционно относят *гипнотерапию, аутогенную тренировку*, различные виды внушения и *самовнушения* и др. П., ориентированная на значительные личностные изменения, базируется на основных течениях современной психологии, и соответственно этому выделяются динамическое, поведенческое и гуманистическое направления. (См. *Гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, опытное) направление в психотерапии, Динамическое направление в психотерапии, Поведенческая психотерапия*).

В последнее время в России отмечается все большая интеграция П. в здравоохранение, складываются основные системы оказания психотерапевтической помощи, предусматривающей развитие трех основных форм организации психотерапевтического обслуживания:

- 1) психотерапевтический кабинет,
- 2) *психотерапевтическое отделение*;
- 3) *психотерапевтический центр*.

Совершенствование оказания психотерапевтической помощи предполагается на основе разработки специальных медицинских технологий, позволяющих с привлечением гибкой управленческой структуры и координации значительно повысить качество психотерапевтического обслуживания, преодолеть свойственную организации П. раздробленность и дезинтегрированность учреждений и врачей, оказывающих психотерапевтическую помощь (Назыров Р. К., 1995; Ереско Д. Б., Кондинский А. Г., 1995). Однако системы последней нуждаются в хорошо подготовленных специалистах. Для этого в 1995 г. (впервые в России) Федеральным центром по П. Министерства здравоохранения были разработаны требования к образовательному стандарту, определяющему минимальные сроки установленных видов подготовки и *супервизии*, с переходом в системе образования психотерапевтов от преимущественно информационного обучения к более совершенным формам: навыковое обучение; обучение на уровне клинического применения П.; обучение, учитывающее индивидуальные особенности личности психотерапевта.

Достижения психотерапевтической науки очевидны. В качестве наиболее важных событий для России в области П. последних двух десятилетий можно отметить преодоление собственной ограниченности и начало активного сотрудничества с психотерапевтическими центрами многих стран. В деятельность российских психотерапевтов практически в полном объеме вошли все известные в мировой П. методы и подходы; активно совершенствуется психотерапевтическая наука, намечаются первые и вполне отчетливые шаги в развитии других (кроме Санкт-Петербургской) школ П., с собственной методологией и практикой. Несомненным успехом в области П. явилось введение в конце 90-х гг. преподавания П. и медицинской психологии в медицинских вузах, движение к совершенствованию П. за счет использования при оказании психотерапевтической помощи бригадных форм работы с участием врача-психиатра, врача-психотерапевта, медицинского психолога и специалиста по социальной работе. Важным событием стало и возникновение большего числа профессиональных сообществ врачей-психотерапевтов. Ближайшими задачами являются дальнейшее развитие образования в области П., введение барьера для проникновения в П. неподготовленных специалистов, создание условий для сотрудничества между представителями врачебной и психологической П., для серьезных и фундаментальных разработок в П. и смежных с ней научных областях.

**ПСИХОТЕРАПИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ.** Между состоянием полного здоровья и инвалидностью лежит широкий спектр переходных состояний. Он отличается

непрерывностью в ряду: полное здоровье (норма) и варианты нормы — функциональные отклонения — неспецифические синдромы и пограничные состояния — хроническая болезнь — декомпенсация (утрата) функций — инвалидность.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ также располагаются в континууме: аддиктивное поведение (переходная стадия наркомании у подростков, характеризующаяся злоупотреблением одним или несколькими психоактивными веществами в сочетании с другими нарушениями поведения) — употребление с вредными последствиями — злоупотребление психоактивными веществами — зависимость.

Аддиктивное поведение в психологическом плане — своеобразная регрессивная форма психологической защиты, а в более широком, клиническом аспекте может быть отнесено к явлениям психического дизонтогенеза по типу диспропорционального (искаженного) развития. За последнее время увеличилось число синдромов, относящихся к аддиктивному и компульсивному поведению. Под компульсивным поведением подразумевается поведение или действие, предпринимаемое для интенсивного возбуждения или эмоциональной разрядки, трудно контролируемое личностью и в дальнейшем вызывающее дискомфорт. Такие паттерны поведения могут быть внутренними (мысли, образы, чувства) или внешними (работа, игра). Компульсивное поведение предоставляет возможность имитации хорошего самочувствия на короткий период, не разрешая внутриличностных проблем. К компульсивному поведению относятся следующие его разновидности: компульсивное переедание, компульсивное стремление к снижению веса, компульсивное стремление к риску и стрессу, компульсивная потребность быть занятым («работоголики»), компульсивное стремление к достижениям, компульсивная потребность в физических упражнениях, компульсивное стремление к смене сексуального партнера, компульсивная потребность в изоляции, компульсивная потребность покупать или приобретать вещи и, наконец, компульсивное стремление к различным играм (азартным, компьютерным). Такое поведение можно считать патологическим, если оно отражает единственный способ совладания со стрессом (копинг-поведение) или получения удовольствия. Эти виды поведения могут предшествовать или сопутствовать аддиктивному поведению. В психоанализе подобный тип поведения определяется как защитный механизм «отыгрывание» (acting-out).

Разделение психоактивных веществ на наркотические, токсические и алкогольные представляется искусственным, так как в силу полинаркотизма подростков они используются на разных этапах изолированно или в комбинации. Поскольку употребляющих эти вещества объединяет зависимость от них, вполне оправданно рассматривать саму проблему зависимости, или аддиктивного поведения (addiction-пристрастие, addict-наркоман, токсикоман, алкоголик), без разграничения.

Цель психотерапии — создание подросткам условий для тренировки механизмов совладания, повзросления, разрешения внутри- и межличностных конфликтов. Психотерапия наркомании у подростков представляет значительную сложность и чаще всего состоит в комбинации групповой и *семейной психотерапии*. *Групповая психотерапия* решает следующие задачи: повышение самооценки; тренировка механизмов совладания (копинг-механизмов); увеличение чувства ответственности за свое поведение; поиск путей для семейной реадaptации; расширение временной перспективы, разрушение инфантильной психологической защиты; предотвращение десоциализации подростков. Иными словами, цель групповой психотерапии — научить подростка по-взрослому воспринимать окружающую жизнь и видеть пути своего развития. В последние годы краткосрочную групповую психотерапию используют как этап семейной психотерапии.

Считается неизбежным фактом, что почти все подростки зависят от своих семей. Среди этиологических условий аддиктивного поведения дисфункция семейной системы занимает одно из первых мест. Такие связанные с семьей факторы, как злоупотребление алкоголем или наркотиками, дефекты воспитания, нарушение коммуникативного стиля, хронический супружеский конфликт — все они увеличивают риск возникновения зависимости от психоактивных веществ у подростков. Поэтому без вовлечения семьи в лечение и реабилитацию процент рецидивов будет высок, так как даже после удачно проведенного лечения подросток опять возвращается в прежнюю семейную систему.

Семейная психотерапия наркомании у подростков в России недостаточно разработана, хотя во всех западных странах она составляет немалую долю обязательной реабилитационной программы. В 1983 г. по требованию Национального института исследования наркомании (NIDA) исследовательские

проекты были озаглавлены как «Подходы семейной психотерапии в лечении наркомании у подростков», отражая новую эру для семейной психотерапии, а также новое направление в лечении наркомании, внедряя стратегии вмешательства, основанные на семейных моделях. По инициативе NIDA было проведено 3 исследовательских проекта: The Purdue Brief Therapy Project, The Adolescent Drug Treatment Program в Техасском университете и The Adolescent Families Project в университете Сан-Франциско. Они доказали, что модели реабилитации, основанные на вовлечение семьи, могут удержать подростка и их семьи в лечении и характеризуются значительно меньшими срывами в катамнезе, чем изолированное назначение групповой психотерапии.

Среди наиболее частых подходов применяется структурная семейная психотерапия, функциональная семейная психотерапия, стратегическая семейная психотерапия, *поведенческая психотерапия* стала использоваться реже. В России используется *системная семейная психотерапия*.

В структурном подходе подросток рассматривается как «носитель симптома», а семья как пациент. Целью структурных вмешательств служит изменение структуры семьи для улучшения функционирования всех ее членов и создание более сбалансированной структуры. Например, в ригидной семье организовать более открытую коммуникацию и переговоры, хаотичной семье помочь выстроить иерархическую структуру, что приведет к родительскому альянсу и сотрудничеству в супружеской подсистеме и обеспечит подходящее руководство семьей и воспитание детей. В разобщенной системе психотерапевт помогает объединению семьи на основе помощи «идентифицированному пациенту» и прояснении возможных выгод для всех членов семьи. Важно отметить, что поставленные цели по изменению семейных структур должны соответствовать темпу семьи. Часто дисфункциональные семьи действуют по правилу «все или ничего» в рассмотрении возможных перемен. Нередко они опасаются, что если в семье будут происходить изменения, то они будут крайними по характеру. Например, передача ответственности подростку в «запутанной системе» может быть затруднена из-за страха матери его полного отделения от семьи и столкновения с супружескими проблемами.

Функциональная семейная психотерапия — другой основанный на использовании семейной модели подход, который был разработан для лечения подростков-делинквентов, но может использоваться и в лечении наркомании, учитывая высокую коморбидность последних с нарушениями поведения. Функциональная семейная психотерапия включает принципы, применимые к любым семьям, техники и приемы индивидуализируются для отдельной семьи. Терапия состоит из 5 основных этапов. На каждом этапе цели развиваются и расширяются. Вначале психотерапевт создает позитивные ожидания в изменениях для каждого члена семьи, анализируются аффективные, поведенческие и когнитивные ожидания. Определяется, какие семейные процессы могут быть изменены. В семьях, имеющих подростка-наркомана, психотерапевт стремится уменьшить негативные установки и восприятия всеми членами семьи этой проблемы, улучшить внутрисемейное функционирование и усилить семейные копинг-механизмы. Шансы на успешное вмешательство предполагают минимальный уровень вовлечения членов семьи.

В стратегической семейной психотерапии основное значение придается анализу неконгруэнтности семейной иерархии. Стратегия, используемая в этом психотерапевтическом подходе, основана на манипулировании властью. Иначе говоря, психотерапевт перераспределяет власть между членами семьи. Считается, что злоупотребление наркотиками и другие поведенческие отклонения ставят молодого человека на более высокую позицию по сравнению с родителями на лестнице семейной иерархии. Последняя определяется неизменно повторяющейся последовательностью, с которой один член семьи сообщает другому, что он должен делать. Порядок сообщений, при котором родители говорят детям, что им следует выполнять, в семьях встречается существенно чаще, чем противоположный. В семьях, где поведению детей присущи серьезные отклонения, психотерапевт сталкивается с такой ситуацией, при которой подростки, продолжая экономически и эмоционально зависеть от своих родителей, отказываются выполнять то, чего от них требуют старшие. *Психотерапевтические вмешательства*, применяемые этой школой, служат для установления в семье такой иерархии, при которой родители начинают занимать более высокую позицию по отношению к молодым людям. Содержание коммуникаций между родителями и детьми включает сообщения о родительских ожиданиях, обращенных к детям, а также о правилах, на выполнение которых



рассчитывают старшие, и, наконец, о мерах, последующих в случае нарушения установленных правил. Когда подросток теряет власть над родителями, он начинает вести себя нормально и становится независимым. Поведенческое направление семейной психотерапии основано на принципах теории *научения*. Используются приемы и методы классического, оперантного и других видов научения (контракты, *жетонная система*, *тренинг* родительской компетентности, проблемно-разрешающий подход).

При сборе семейного анамнеза обращается внимание на изучение следующей информации. Спросить семью, какая перед ними стоит проблема, как они ее видят; получить объяснение, почему возникла проблема. Спросить, что делал каждый член семьи, когда проблема возникла остро. Что предпринималось, чтобы избавиться от нее? Какие отношения были в семье перед возникновением проблемы, после ее появления и перед началом обращения к специалисту? Связана ли предъявляемая проблема или жалобы члена семьи с нарушениями внутрисемейной системы? Какие события произошли недавно в семье, ухудшившие ее функционирование? Кто кем работает или в каком классе учится? Хорошо или плохо идет работа и учеба? Отличают ли семью какие-либо особые обстоятельства и беспокойства? Почему семья обратилась сейчас? Кто больше всего расстраивается из-за возникшей проблемы, кого охватывает печаль, тревога, гнев, смущение или растерянность? Кто из членов семьи страдал или страдает из-за подобной проблемы? Кто на кого похож в семье? Кто из родственников включен в проблему и каким образом? Похож ли член семьи, имеющий эту проблему, на кого-либо из этих родственников и не совпадает ли его проблема с тем, что переживают они? Кто в семье стал ближе благодаря проблеме, а кто отдалился? Что должно измениться, чтобы проблема исчезла?

По мере того как члены семьи будут отвечать на эти вопросы, получают разъяснение и другие моменты, в частности, кому адресуется защита (опека, помощь) со стороны «носителя симптома», кто получает от симптома межличностную «выгоду» и каковы ее мотивы. Перед врачом раскроется и система взаимодействий (циркулярная последовательность коммуникаций), принятая в семье, коммуникативная метафора симптома или поведения.

Приводим наиболее типичные проблемы родителей данных подростков, полученные при сборе семейного анамнеза: стремление выполнять большинство задач за подростков с детства и требование самостоятельности в подростковом возрасте; страх передачи ответственности подростку, желание контролировать каждый его шаг; нарушение границ между «я — другой»; требование уважения к себе и отказ в этом подростку; неумение играть, отсутствие эмоциональности, запрет на выражение ряда положительных и отрицательных эмоций; собственный эталон «взрослого поведения», навязываемый подросткам; проекция на ребенка собственных нежелательных качеств, сравнение его развития со своим жизненным путем; страх неизвестного; незнание основных прав личности, способствующих уверенности в себе, *подкрепление* агрессивного или пассивного способа поведения у подростка; стереотипное общение с подростком по типу «родитель—ребенок» с частыми фразеологизмами типа «должен», «почему», вызывающими протестные реакции подростков; стремление реализовать на подростке собственные недостигнутые цели; отсутствие системы правил в семье, приводящее к полной дезориентировке в выборе жизненного пути; создание чувства вины за принесенные жертвы подростку.

На рубеже веков границы между различными подходами семейной психотерапии стираются. Например, в структурной психотерапии, как и в поведенческой, отправным пунктом для психотерапевтического вмешательства служит наблюдение за поведением членов семьи. В стратегической семейной терапии постановка гипотез и задач психотерапевтом сближает его позицию с директивностью поведенческого подхода. Каждое направление семейной психотерапии выработало определенные позитивные стратегии в работе с подростками с аддиктивным поведением. Важно найти ресурсы семьи, способности и мотивацию к изменениям и акцентировать внимание на решении актуальных проблем. Независимо от применяемых подходов семья должна активно участвовать в лечении. Первым принципом лечения семьи служит разрушение родительского мифа о наркомании как этапе возрастного развития или влиянии микросоциального окружения и достижение, по меньшей мере, частичной абстиненции и уровня контроля над подростком.

Можно выделить следующие общие цели, которых должна достичь семейная системная психотерапия в комплексной реабилитации подростков с аддиктивным поведением:

- 1) определить наркоманию как семейную проблему;

- 2) выявить, какие факторы в семье поддерживают злоупотребление психоактивными веществами подростком;
- 3) уменьшить резистентность семьи к лечению;
- 4) восстановить влияние родителей на подростка, структуру семьи, семейную иерархию;
- 5) прервать дисфункциональные картины поведения членов семьи;
- 6) улучшить внутрисемейную коммуникацию и другие копинг-механизмы;
- 7) подобрать индивидуальные стратегии вмешательства для реконструкции семейных отношений;
- 8) разрешить личностные проблемы родителей, поддерживающие симптом (зависимость от психоактивных веществ).

В семьях, в которых родители злоупотребляют наркотиками или алкоголем, осуществляется физическое или сексуальное насилие, имеет место неприятие проблемы как семейной, отсутствует родительская поддержка, — шансы на использование семейных подходов в лечении аддиктивного поведения у подростков уменьшаются.

**ПСИХОТЕРАПИЯ В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.** Комплекс психотерапевтических мер, направленных на восстановление и активизацию телесных, психических и социальных функций, навыков и возможностей, а также на решение конкретных проблемных ситуаций, с которыми пациент пожилого возраста не может справиться самостоятельно.

Использование психотерапевтических методов в геронтологической практике связано с отходом в последние десятилетия от дефицитарной модели старения, согласно которой этот процесс является общим снижением интеллектуальных и эмоциональных возможностей. В настоящее время старение рассматривается как фаза жизни, протекание которой многофакторно обусловлено прошлым, настоящим и ориентацией на будущее и которая проявляет себя «как биологическая, финансово-экономическая, эпохальная и экологическая судьба» (Lehr U., 1972,1979). Поведение человека пожилого возраста определяется не столько объективными моментами ситуации, сколько формой и характером их субъективного восприятия и переживания. При разработке психотерапевтических программ необходим детальный анализ конкретной ситуации и ее когнитивного содержания, а также многосторонняя ориентация мер вмешательства (медицинские, психологические, социальные, экологические и др.). Специфичным в построении психотерапевтических программ является принцип активации и реактивации ресурсов пациента, так как не востребуемые функции угасают. При этом необходимо внимательно следить за мерой «напряжения» функций, поскольку равно опасно как их недостаточное напряжение, так и перенапряжение.

Симптомы и личность пациента определяют стратегию психотерапевтического воздействия, а также выбор применяемых психотерапевтических методов и приемов. В наименьшей степени для понимания старости и лечения старческих нарушений, по мнению Розе (Rose H.-К., 1987), подходят глубинно-психологические и психоаналитические методы психотерапии. В последнее время наиболее интенсивно развиваются поведенческие формы и *поддерживающая психотерапия* пожилых. Лер отмечает, что в специальных заведениях для пожилых пациентов усиливается нежелательное поведение (например, социальное иждивенчество при одевании, умывании, питании, передвижении), в связи с чем снижается самостоятельность и растет зависимость пожилых людей. С целью преодоления этих явлений используется, в частности, такой метод *поведенческой психотерапии*, как *оперантное обусловливание*. Его применение предполагает специальную подготовку и *тренинг* медицинского персонала, который должен научиться находить индивидуальные позитивные стимулы для пациента, определять частные цели и поощрять их достижение. Элементарные обучающие процессы помогают пациенту вести себя адекватно постоянно меняющимся требованиям окружающей среды. Часто способность старых людей к обучению недооценивается, тогда как в большинстве случаев в результате тренинга они не только восстанавливают утраченные функции и навыки, но и вырабатывают новые. Все тренинговые программы строятся с учетом еще имеющейся у пациента продуктивности.

Психотерапия в геронтопсихиатрических клиниках и специальных заведениях для пожилых людей отличается по возможностям, объему, постановке задач и методическим подходам, что связано с особенностями психических нарушений у людей пожилого и старческого возраста, а именно с биологическими процессами, лежащими в основе большинства этих заболеваний. Почти при всех

психозах позднего возраста (Тибилова А. У., 1991) психогенному фактору принадлежит роль пускового механизма, либо вторично декомпенсирующей причины, либо патопластического фактора. Иными словами, в силу объективных причин (многофакторность патогенеза и биоредуктивная основа большинства психозов — известная стертость дифференцированности причинно-следственных связей и повышенный риск психической декомпенсации в старости) вычленение психических, а следовательно и личностно-психологических и социальных факторов в развитии заболевания часто невозможно, что создает трудности для проведения психотерапии. Вместе с тем психическое заболевание почти всегда (за исключением глубокого слабоумия) опосредовано личностью больного, что, в частности, выражается в реакциях на болезнь, перемену обстановки, ожидания, связанные с лечением и перспективой после выписки из больницы. Несоизмеримо большее значение, по сравнению с собственными проблемами, связанными с болезнью, для пожилых людей, находящихся в стационаре, приобретают вопросы непосредственного окружения в палате, взаимоотношений с медицинским персоналом, выбор лечащего врача, возможность принятия самостоятельных решений относительно ношения больничной одежды, участия в различных мероприятиях (групповых, развлекательных и пр.). Психотерапия должна включать как общепсихотерапевтические подходы, так и специальные методы психотерапии. К первым относятся: создание терапевтической среды, атмосферы доверия, сотрудничества с обслуживающим персоналом, выработка положительной установки к методам лечения и непосредственному окружению в палате, повышение психической и социальной активности. Вся обстановка, организационная структура, процессы взаимоотношений в стационаре должны быть направлены на обучение утраченным в течение болезни будничным функциям и навыкам, на восстановление способности к решающему поведению пациента в рамках его возможностей. К организации среды некоторые авторы относят также меры, возвращающие или стимулирующие чувствительность: визуальные (цветовое оформление помещений, частая смена настенных украшений), акустические (музыкальные программы, самодеятельность), меры, направленные на оживление обоняния и вкуса. Сама смена пространственной среды может способствовать возрастающей стимуляции в психофизической и социальной сферах.

Изучение отношения больного к терапевтической среде, проводившееся в течение нескольких лет в клинике гериатрической психиатрии Института им. В. М. Бехтерева (Тибилова А. У., 1991), показывает, что отношения с персоналом и в целом возможность лечения в условиях клиники реабилитационного профиля оцениваются больными положительно. Показательно, что из многих личных и профессиональных характеристик врача и медицинской сестры больные отдают предпочтение их эмпатическим качествам, т. е. привлекательности, способности к сопереживанию, сочувствию. Отношение пожилых больных к разного рода восстановительным (психо- и социокорректирующим и активирующим) методам, приемам и к лекарственной терапии оказывается различным. У многих больных при общем положительном отношении к проводившимся восстановительным мероприятиям все же преобладает установка на лекарственные препараты, что, по-видимому, зависит от пассивной позиции и укоренившегося традиционного представления пожилых людей о лечении. Как правило, больные, находясь в стационаре, высоко оценивают возможности широких внебольничных социальных контактов и развлекательных мероприятий (частые свидания с родственниками и друзьями, клубные встречи с выписанными больными, домашние отпуска, посещения кинотеатра, экскурсии по городу, участие в сеансах *музыкотерапии*, в литературных вечерах, коллективных просмотрах слайдов и т. д.).

В гериатрических клиниках и специальных заведениях для пожилых людей (домах престарелых, дневных стационарах, клубах пожилых) применяются также групповые психотерапевтические методы. Целью *групповой психотерапии* лиц пожилого возраста являются привлечение их к социальному взаимодействию, повышение самооценки, усиление независимости, ориентация на реальность и постоянно меняющуюся действительность. Используются различные групповые техники: *групповая дискуссия*, музыкотерапия, *хореотерапия*, *психогимнастика* и др. В то же время, как указывает Розе, длительное пребывание пожилых людей в стационарах нежелательно, так как может вновь привести к пассивности и зависимости. Помещение их в дома престарелых должно осуществляться лишь в крайних случаях, так как излишняя регламентация, а порой и нелепые, необоснованные порядки этих учреждений могут лишь усилить дефекты, вызванные процессом старения. Поэтому наиболее эффективной для этих пациентов является помощь, осуществляемая дневными стационарами,

учреждениями, обеспечивающими патронаж, социально-психиатрическое обслуживание, что позволяет им оставаться в своих квартирах.

Большинство исследователей и практиков подчеркивают необходимость включения в психотерапевтические меры воздействия на лиц пожилого возраста *семейной психотерапии*. Психотерапия и консультации родственников, обсуждение с ними проводимых и планируемых мероприятий повышают их эффективность и делают более стабильными достигнутые результаты психотерапевтических воздействий. Большое значение семейная психотерапия имеет для послевыписной медико-социальной адаптации больных и вторичной *психопрофилактики* с учетом роли внутрисемейных отношений в жизни пациентов, особенно если речь идет о страдающих слабоумием или больных с затяжным течением функциональных психозов, сопровождающихся поведенческими расстройствами. Семейные отношения изменяются в той или иной степени у всех пожилых больных с психическими заболеваниями, но более значительно — у лиц со слабоумием. У них преобладают столкновения, связанные со стремлением родственников к отказу от больного из-за его тяжелого психического состояния и необходимости постоянного ухода. У больных с функциональными психозами чаще встречаются конфликты, в основе которых лежит переживание больным снижения или утраты лидирующей роли в семье или болезненное чувство своей ненужности и помехи близким, приводящие к самоизоляции. Коррекция отношения к больному со стороны членов семьи и его собственного отношения к ним зависит как от клинических особенностей заболевания, так и от установки семьи на разрешение конфликта и, нередко, материально-бытовых условий. Позитивный результат возможен лишь в том случае, когда посредством семейной психотерапии удастся выработать у родственников больного сочувствие к нему, понимание его состояния и причин, вызвавших поведенческие расстройства (при бредовых и депрессивных состояниях) или примирение с ситуацией (при деменции). Как показывают исследования, семейная адаптация больных с функциональными психозами, в семьях которых проводилась психокоррекционная работа, после выписки, как правило, оказывается выше, но и у них полного разрешения конфликтов достичь почти не удастся, отношение к больному остается настороженным с тенденцией к изоляции в семье (Данилов Ю. М., 1984).

В целом психотерапия больных психозами в позднем возрасте оценивается как перспективный метод в комплексе с лекарственной терапией (Kielholz P., 1977; Karasu T. B., 1982, и др.).

**ПСИХОТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНЕ КАТАСТРОФ.** Психогенные расстройства при стихийных бедствиях и массовых катастрофах занимают особое место в связи с тем, что могут одновременно возникать у большого числа людей, внося дезорганизацию в общий ход спасательных и восстановительных работ. Этим определяется необходимость оперативной оценки состояния пострадавших, прогноза выявляемых расстройств, а также проведения всех возможных (в конкретных экстремальных условиях) лечебных мероприятий.

Под экстремальными условиями в этих случаях понимают ситуации, опасные для жизни, здоровья и благополучия значительных групп населения, обусловленные стихийными бедствиями, катастрофами, авариями, применением противником в случае войны различных видов вооружения. Любые экстремальные воздействия расцениваются как катастрофические тогда, когда они приводят к значительным разрушениям, вызывают смерть, ранения и страдания большого числа людей. Всемирная организация здравоохранения определяет стихийные бедствия (катастрофы) как ситуации, характеризующиеся непредусмотренной серьезной и непосредственной угрозой общественному здоровью.

Психопатологические расстройства в экстремальных ситуациях имеют много общего с клиническими нарушениями, развивающимися в обычных условиях. Однако есть и существенные различия (Александровский Ю. А., 1993). Во-первых, вследствие множественности внезапно действующих психотравмирующих факторов в экстремальных ситуациях психические расстройства одномоментно возникают у большого числа людей. Во-вторых, клиническая картина в этих случаях не носит строго индивидуального, как при обычных психотравмирующих обстоятельствах, характера и сводится к небольшому числу достаточно типичных проявлений. Особенностью является также и то, что, несмотря на развитие психогенных расстройств и длящуюся опасную ситуацию, пострадавший человек вынужден продолжать активную борьбу с последствиями стихийного бедствия (катастрофы) ради выживания и сохранения жизни близких и всех окружающих.

Реактивные состояния, развивающиеся при стихийных бедствиях и катастрофах, относятся к большой группе психогенных расстройств, среди которых выделяют невротические и патохарактерологические реакции, неврозы и реактивные психозы.

Острые и сильные травмирующие воздействия обычно связаны с ситуациями катастроф, стихийных бедствий, при которых возникает страх за свою жизнь и за здоровье и жизнь близких людей. Одна из главных характеристик таких травм состоит в том, что они неактуальны для личности и не связаны с особенностями преморбиды. Ситуация испуга затрагивает преимущественно эмоциональную сторону и сопровождается интенсивной личностной проработкой, реакция возникает как бы рефлексорным путем.

В зависимости от клинической картины психогенные расстройства могут быть разделены на две группы — с непсихотической симптоматикой (психогенные реакции и состояния) и с психотическими расстройствами (реактивные психозы).

Все пациенты с психотическими расстройствами после оказания им первой врачебной помощи направляются в медицинский отряд и по возможности эвакуируются. Пострадавшие с психогенными расстройствами, нуждающиеся в отсроченной медицинской помощи, помещаются в учреждения, развернутые в районе катастрофы (специализированные психиатрические отделения, больницы, госпитали и др.).

С момента начала спасательных работ наряду со скорой и неотложной психиатрической помощью, оказываемой преимущественно специализированными и достаточно мобильными психиатрическими бригадами, рекомендуется организовать психиатрические (психотерапевтические) кабинеты или отделения в развертываемых в зоне катастрофы или стихийного бедствия поликлиниках и стационарах, куда могут обратиться как пострадавшие, так и, в случае необходимости, участники спасательных и восстановительных работ. Эти подразделения выполняют функции отделений для диагностики и кратковременного лечения (на протяжении нескольких дней) лиц с пограничными формами психических расстройств. При этом необходимо предусмотреть возможность как полной, так и частичной госпитализации лиц, нуждающихся в психиатрической (психотерапевтической) помощи.

По мере разрешения опасной для жизни ситуации и снижения вероятности развития реактивных психозов все более важной становится организация психотерапевтической работы среди населения, в лечебных учреждениях пострадавшего района, а также в местах эвакуации. К этой работе необходимо привлекать врачей территориальных психоневрологических и общемедицинских учреждений.

При реакциях адаптации и многих начальных невротических расстройствах целью любых психиатрических и медико-психологических воздействий является профилактика (первичная и вторичная) психической дезадаптации, психических и психосоматических заболеваний. Специального лечения у специалиста при этом не требуется: его консультация необходима лишь для дифференциально-диагностической оценки состояния. В этих случаях наряду с устранением дополнительных травмирующих воздействий могут использоваться психокоррекция, когнитивно-поведенческая и некоторые другие виды психотерапии. Иногда необходимы кратковременный отдых, физиотерапия, рефлексотерапия. По специальным показаниям назначаются препараты группы адаптогенов, актопротекторов и ноотропов, оказывающие в рассматриваемых случаях патогенетическое лечебно-профилактическое действие, а также транквилизаторы и психостимуляторы.

При невротических реакциях основной целью лечения является купирование тревожного напряжения и страха, приспособление человека к жизни и деятельности в условиях сохраняющейся психогении. Для этого используют транквилизаторы, антидепрессанты с универсальным успокаивающим действием и психотерапию. Наиболее эффективным психотерапевтическим методом в этих случаях является, как показывает опыт, *когнитивная психотерапия*. Метод учитывает особенности состояния пострадавших, испытывающих потребность рассказать об обстоятельствах катастрофы, наиболее страшных и значительных для них сценах и событиях. Активные расспросы, доброжелательное и внимательное выслушивание, «проговаривание» наиболее неприятных переживаний позволяет уменьшить аффективное напряжение, структурировать эмоции и активизировать целенаправленную деятельность пострадавших.

При относительной стабилизации ситуации психиатрическая и медико-психологическая помощь оказывается главным образом тем, кто за ней обращается. В этот период к работе привлекаются

территориальные звенья специализированной психиатрической помощи (стационары, диспансеры, *психотерапевтические кабинеты* и др.). Затяжные реактивные психозы требуют стационарного лечения.

В психотерапевтической работе с пострадавшими при катастрофах и стихийных бедствиях, находящимися в состоянии психической дезадаптации, могут применяться методы двух классов: *личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова* и с преимущественно симптоматической направленностью.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова используется в индивидуальной и групповой формах. Ее общая цель — изучение личности пациента (включая процесс самопознания), *осознание* и коррекция нарушенных отношений больного и обусловленных ими неадекватных эмоциональных и поведенческих реакций, затрудняющих его полноценное психологическое и социальное функционирование.

Еще одна группа методов, направленных на устранение явлений психической дезадаптации, имеет своим основанием симптоматические психотерапевтические воздействия (суггестивная, *поведенческая психотерапия* и др.). К ним относятся прежде всего *внушение* и *самовнушение*: внушение наяву, в состоянии наркотического и гипнотического сна; методы самовнушения включают *аутогенную тренировку* в ее многочисленных вариантах, *самовнушение по Куэ* и др.

Единым принципом проведения психотерапии в случаях психической дезадаптации пострадавших при стихийных бедствиях, клинически выражающейся в различных формах пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств, является дифференцированное сочетание методов преимущественно симптомо-, личностно- и социоцентрированной направленности.

При невротических реакциях и других расстройствах невротической природы применяются различные формы индивидуальной и групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова преимущественно краткосрочного характера, реализующие в полном объеме этиопатогенетический подход к пониманию и устранению причин и механизмов психической дезадаптации.

Для смягчения и ликвидации невротических расстройств используются *гипноз*, аутогенная тренировка, поведенческие методы и др. С помощью гипносуггестии можно воздействовать практически на все симптомы невротического регистра (тревога, страх, астения, депрессия, нейровегетативные, нейросоматические и другие расстройства).

При невротических нарушениях могут быть использованы различные виды гипносуггестивной психотерапии: метод мотивированных внушений Н. В. Иванова, имеющий не только симптоматическую, но и патогенетическую направленность; вариант разработанной В. Е. Рожновым эмоционально-стрессовой психотерапии, методика *нейролингвистического программирования* и др.

Метод аутогенной тренировки наиболее показан при расстройствах неврастенического круга (общевевротическая симптоматика, нейровегетативные и нейросоматические синдромы при более высокой эффективности в случае преобладания симпатического тонуса; нарушения сна, особенно засыпания; состояния тревоги и страха, нередко выраженные фобии и т.д.).

Метод *наркопсихотерапии* с целью снятия зафиксированных истерических моносимптомов, для осуществления суггестивных воздействий при фобических расстройствах с последующими функциональными тренировками.

Поведенческие методы весьма результативны при лечении прежде всего обсессивно-фобических расстройств. Методы угашения страха в патогенной ситуации с помощью специально разработанной системы функциональных тренировок оказываются эффективными в комплексе лечебно-восстановительных воздействий у этих больных даже при затяжном, неблагоприятном течении болезни.

*Рациональная психотерапия* широко используется самостоятельно либо в сочетании с другими методами. Методика адресуется к логическому мышлению пациента, в качестве лечебных факторов выступают авторитет врача, *убеждение*, переубеждение, разъяснение, одобрение, отвлечение и др.

Неразрывная динамическая взаимосвязь факторов биологической, психологической и социальной природы в механизмах психической дезадаптации у пострадавших во время стихийных бедствий и катастроф определяет комплексный характер воздействий для ее преодоления.

**ПСИХОТЕРАПИЯ В НЕВРОЛОГИИ.** В обширной литературе по психотерапии указания на

целесообразность применения психотерапевтических методов при органических заболеваниях нервной системы встречаются у В. М. Бехтерева (1954), Шильдера (Schilder P., 1938), а также в работах более позднего периода (Давиденков С. Н., 1956; Платонов К. И., 1962; Карвасарский Б. Д., 1980; Яцков Л. П., 1981, и др.).

В связи с трансформацией клинической картины нейроинфекций все чаще встречаются такие формы поражений центральной нервной системы, которые при незначительной выраженности неврологических нарушений характеризуются, как правило, затяжным, многолетним течением и терапевтической резистентностью. В этих условиях нарушения корковой нейродинамики органическим процессом вторичная невротизация в качестве реакции личности на основное заболевание и сопутствующие психогении во многих случаях становятся неизбежными спутниками органического патологического процесса. Широкое внедрение в клиническую практику электрофизиологических, контрастных рентгенологических исследований, компьютерной томографии и др. значительно облегчило диагностику стертых, невыраженных форм ряда органических заболеваний нервной системы. В связи с этим чаще, чем прежде, появляется возможность в каждом случае правильно оценить соотношение органического и невротического компонентов при данном заболевании и соответственно этому определить место сомато- и психотерапии в наиболее рациональном лечебно-восстановительном комплексе. Диагностические трудности, недооценка невропатологами методов клинко-психологического исследования нередко приводят к неправильной интерпретации нервно-психических нарушений при органических заболеваниях. Невротические синдромы, обусловленные психогенией, рассматриваются как проявления деструктивного процесса, вследствие чего возможна переоценка роли соматотерапии и игнорирование или недооценка методов психотерапии. Это тем более необходимо подчеркнуть, что помимо лечебного значения применение психотерапии в этих случаях оказывается полезным для дифференциально-диагностического отграничения органических поражений от нарушений, возникающих психогенно. Однако возможны и ошибки другого рода, когда при неврозоподобных дебютах органических поражений нервной системы (рассеянный склероз, опухоли головного мозга и др.) устранение психотерапевтическими приемами сопутствующих функциональных нарушений приводит к запоздалой, несвоевременной диагностике.

Об эффективности *гипнотерапии* у хорошо поддающихся *гипнозу* больных, направленной на ослабление таких чисто органических проявлений, как парезы, параличи, дизартрия, интенционное дрожание, нарушения мышечного тонуса, фантомные боли и др., свидетельствуют исследования К. И. Платонова (1962), а в последние годы — и других авторов. Ссылаясь на собственные наблюдения, известный отечественный психотерапевт К. И. Платонов отмечал ослабление свежих и застарелых органических парезов и параличей различной этиологии под влиянием тренировочных упражнений по лечебной физкультуре, проводимых в состоянии гипнотического сна. При этом ускорялся процесс восстановления движений в пораженной конечности. На возможное нейрофизиологическое объяснение эффективности гипнотерапии при органических заболеваниях нервной системы указывал еще В.М. Бехтерев. В 1911 г. он писал, что «...при всяком органическом заболевании нервной системы имеются расстройства, обусловленные сопутствующими функциональными изменениями соседних или более удаленных участков нервной системы» и что поэтому появляется возможность «некоторого влияния гипнотических внушений на нервные поражения органического происхождения». На регресс не только субъективных жалоб, но и объективных неврологических симптомов при гипнотерапии больных с поражениями нервной системы травматического, сосудистого, инфекционного, токсического генеза указывал И. И. Шогам (1981). Автор полагал, что в этом случае психотерапевтическое воздействие реализуется через неспецифические структуры лимбико-ретикулярного комплекса, влияющего на функциональное состояние нервной системы на разных ее уровнях опосредованно через речевые (второсигнальные) неокортикальные зоны. Подчеркивалась большая эффективность гипнотерапии при стволовых диэнцефальных формах органических заболеваний головного мозга. При очаговых поражениях мозга, сопровождающихся, например, спастическими гемипарезами, по данным автора, можно уменьшить их клинические проявления — несколько повысить мышечную силу, уменьшить тонус, восстановить в известной мере чувствительность и др. — в частности, путем мобилизации резервных компенсаторных возможностей со стороны неспецифических структур лимбико-ретикулярного комплекса. На эффективность гипнотических *внушений* у больных паркинсонизмом,

объясняемую особой ролью неспецифических систем мозга в патогенезе заболеваний и преимущественно нейродинамическими нарушениями, лежащими в основе симптомообразования при данном органическом заболевании, указывал В. Л. Голубев (1975). Гипнотерапия, а также все другие виды *суггестивной психотерапии* могут успешно применяться для снятия невротоподобной симптоматики непсихогенной природы при органических заболеваниях нервной системы. Эффективность этих методов при нарушении сна и аппетита, ухудшении настроения, расстройстве памяти, внимания, снижении умственной работоспособности хорошо известна.

При проведении психотерапии в общем комплексе лечебных мероприятий (дегидратационной, рассасывающей, противовоспалительной терапии) существенное значение имеет период пребывания больного в стационаре. Несомненное психотерапевтическое значение для больного приобретает сам факт установления у него определенного заболевания после тщательно проведенного обследования. Основными задачами психотерапии на данном этапе являются *убеждение* больного в больших компенсаторных возможностях нервной системы, активизация личности в преодолении болезненных нарушений и приспособление к условиям жизни. С этой целью могут быть использованы, помимо *рациональной психотерапии*, все формы суггестии, включая гипнотерапию, наркогипнотерапию и др. Большое значение имеет психотерапия в группе, особенно в форме «лечебной перспективы». Применение этой методики целесообразно, так как установление диагноза органического заболевания головного мозга, как правило, пугает больных. Необходимо дать им возможность убедиться в перспективности для них проводимой терапии. Для этого в группу приглашают пациентов со сходными болезненными нарушениями, закончивших лечение с благоприятными результатами, хорошей социальной и трудовой рееадаптацией после него.

Одной из основных целей использования психотерапии в комплексном лечении больных с органическими заболеваниями центральной нервной системы является устранение невротического компонента, обусловленного реакцией личности на болезнь, часто в связи с ятрогениями, а также в виде более сложных сопутствующих психогений. У некоторых больных возникновение невротических расстройств обуславливается патологической реакцией на поражение нервной системы, а переживание болезни приобретает характер психогении вследствие их личностных особенностей (тревожная мнительность, ипохондричность). Генез этих вторичных невротических симптомов в клинике органических поражений головного мозга, особенно при энцефалитах с поражениями межучного мозга, тесно связан прежде всего с генерализованными системными нарушениями сенсорной сферы. Для этих больных характерны сенестопатии, частые нарушения телесной и особенно висцеральной схемы тела, яркие психосенсорные расстройства. Эти ощущения больные переживают особенно остро и тяжело, и у них появляется убежденность в реальности жизненной катастрофы, которая может возникнуть в любой момент вопреки заверениям врача. Нередко больные полностью углубляются в переживания, связанные с пугающими телесными ощущениями, сосредоточивают на них все свое внимание и оказываются выключенными из обычного круга семейных и социальных проблем (Лещенко А. Г., 1966). Реакцией на эти расстройства, как правило, являются невротические страхи «сойти с ума», кровоизлияния в головной мозг, возникновения опухоли. Отмечаемая многими авторами ипохондрическая настроенность больных с указанными заболеваниями сопровождается стойкой фиксацией на своих ощущениях, чрезмерной заботой о своем здоровье и нередко ятрогенно подкрепляется диагностическими ошибками. При лечении больных с невротической фиксацией органических нарушений существенное значение имеет *косвенное внушение*, в частности, в виде психотерапевтического опосредования и потенцирования различных видов биологической терапии. О целесообразности чрезпредметного (косвенного) психотерапевтического эффекта известно давно (Бехтерев В. М., 1911; Платонов К. И., 1925, и др.).

Важную роль психотерапия приобретает в комплексном лечении больных, у которых затяжное, длительное течение органического заболевания нервной системы становится фактором, способствующим возникновению более сложных психогений, выявляющихся лишь при глубоком изучении истории развития больного и формирования его отношений к окружающей действительности. Как отмечал В. Н. Мясищев (1960), при деструктивных поражениях болезненно измененный мозговой субстрат характеризуется снижением сопротивляемости и выносливости, поэтому ситуация, незначительная для здоровой нервной системы, является в этих условиях декомпенсирующей.



Подобные больные, будучи в основном «органиками», склонны к рецидивам заболевания и декомпенсации по психогенному пути и хорошо восстанавливаются при разрешении ситуации с помощью психотерапии. При этом нередки случаи, когда тот или иной неблагоприятный фактор в жизни больного приобретает патогенное значение лишь после перенесенного органического заболевания нервной системы. При органических заболеваниях со значительно выраженными невротическими нарушениями психотерапию желательно проводить в стационаре, где для этого имеются благоприятные условия (длительный и постоянный контакт врача с больным, что необходимо для систематической *индивидуальной психотерапии*, возможность проводить *групповую психотерапию* и различные виды так называемой *социотерапии*). Психотерапевтическое значение имеет сам факт поступления больного с органическим заболеванием нервной системы в стационар для тщательного обследования, а также лечебная атмосфера отделения или клиники. После выписки должна проводиться *поддерживающаяся психотерапия*, которая в тяжелых случаях длится в течение нескольких месяцев, а иногда и лет. При отсутствии достаточных возможностей с этой целью может быть использован метод заочной психотерапии путем переписки.

В широкой врачебной практике нередко встречаются больные, которым с самого начала ставится правильный диагноз органического заболевания нервной системы, однако часто даже длительное, многолетнее лечение оказывается в этих случаях недостаточно эффективным. При клинко-психологическом изучении больного выявляется невротическая и ипохондрическая реакция и фиксация основных болезненных симптомов. Только тщательное выяснение истории жизни больного, особенностей его личности позволяет понять содержание этой фиксации и выявить те психогенные факторы, которые ее обуславливают.

Одним из основных и наиболее адекватных методов восстановительного лечения в этих случаях является психотерапия в ее различных формах и прежде всего в виде личностно-ориентированной психотерапии.

В ряде работ отмечается эффективность различных видов психотерапии — рациональной, в форме суггестии, *наркопсихотерапии* и пр. — в комплексе лечения неврологических больных для устранения вторичных невротических и неврозоподобных расстройств на фоне инфекционных, сосудистых, травматических заболеваний нервной системы. А. Т. Филатов и Е. Б. Федосов (1980) приводят данные о психотерапевтическом лечении больных с травматическими повреждениями позвоночника и спинного мозга, страдающих вторичными невротическими и неврозоподобными расстройствами и неврологическими нарушениями, характерными для этой группы больных (нарушения функций кишечника, мочевого пузыря, расстройства движения и чувствительности). Использовались различные виды психотерапевтического воздействия. Эффективность гипнотерапии и других видов психотерапии у больных с поражениями нервной системы на спинальном и периферическом уровнях объясняется участием в механизмах их компенсации церебральных структур, в особенности неспецифических структур лимбико-ретикулярного комплекса; имеют значение и нисходящие корригирующие влияния лимбической системы на функциональное состояние спинальных и периферических образований, включая их моторные, сенсорные, вегетотрофические проявления. Л. П. Яцковым (1981) длительная амбулаторная психотерапия (до 80-100 сеансов) применялась у больных с отдаленными последствиями церебрально-органической патологии и наличием невротических и неврозоподобных расстройств. Автор указывает на различную эффективность психотерапии в зависимости от синдромальной структуры нервно-психических нарушений. Менее эффективной оказалась психотерапия у больных с ипохондрическим и сенесто-цефалгическим синдромами. Целесообразность проведения психотерапии у больных с вторичными невротическими и неврозоподобными расстройствами при остеохондрозе шейного и других отделов позвоночника отмечал Д. Л. Буртянский (1982) и др.

В системе лечения неврологических больных широкое распространение получила *аутогенная тренировка*. Обзор исследований по применению этой методики в клинике нервных болезней приведен в монографии А. Г. Панова и др. (1980). В работе подчеркивается, что аутогенная тренировка более адекватна при восстановительной терапии остаточных явлений органических заболеваний центральной нервной системы, прежде всего для устранения широкого круга функциональных расстройств невротического и неврозоподобного характера. Заслуживают особого внимания данные об

использовании аутогенной тренировки с целью расслабления отдельных мышечных групп при таких терапевтически резистентных формах заболеваний, как спастическая кривошея, лицевой параспазм и др. Возрастает число примеров лечения нервно-психической патологии с использованием принципа *биологической обратной связи*. Этот метод дает хороший терапевтический результат при лечении церебрального арахноидита с преимущественно судорожным синдромом, у больных с последствиями травм позвоночника и спинного мозга, при активной восстановительной терапии больных с постинсультными двигательными нарушениями. Многочисленная литература посвящена использованию этого метода при лечении мигрени.

Накапливается опыт проведения групповой психотерапии при различных заболеваниях нервной системы. Групповая психотерапия больных, страдающих сосудистыми заболеваниями, описана И. М. Вишем, В. Я. Романюком (1981), С. Ю. Мышляевым (1994) и др. На первых занятиях рассматривались особенности заболевания (течение, прогноз); в дальнейшем обсуждались проблемы, волнующие обычно таких пациентов, — необходимость и пути повышения их эмоционально-волевой и социальной активности, коррекция установок и отношений к различным социально-бытовым условиям, адекватное отношение к симптомам заболевания, противодействие их возникновению. Обсуждались проблемы, связанные с возвращением больных в семью (здесь важна и *семейная психотерапия*), подготовкой к выходу на пенсию и, в связи с этим, к новому укладу жизни. При соответствующих показаниях групповую психотерапию можно сочетать с гипнотерапией и другими видами психотерапии в той же группе. Авторы отмечают также, что при проведении психотерапии у больных с сосудистыми заболеваниями нервной системы необходимо учитывать их повышенную ранимость и лабильность психики; неосторожное поведение психотерапевта может привести к ятрогениям и дидактогениям.

Т. Д. Демиденко (1982), О. А. Балунов, Т. Д. Демиденко, О. Г. Садов и др. (1986) разработали методы психотерапии постинсультных больных. Объектом лечебного воздействия являлись реактивно-личностные наслоения (снижение самооценки, потеря веры в выздоровление), особенно выраженные у больных с тяжелыми дефектами двигательных, сенсорных и других функций. Лечение осуществлялось в малых группах и включало различные формы рациональной психотерапии — групповые занятия с использованием приемов «психотерапевтического зеркала», «коррекции масштаба переживания», «лечебной перспективы», *музыкотерапии*, способствующих выработке адаптивных установок и мобилизации собственной активности больных. Существенное место отводилось элементам *психогимнастики*, *двигательной терапии*, наиболее адекватным для решения задач эмоциональной и моторной активации больных. С целью опосредованного воздействия на локальный дефект использовались различные игровые методики и специальные приемы идеомоторной тренировки. Большое значение приобретала семейная психотерапия — разъяснительная работа с родственниками больного с целью их ориентации на адекватное отношение к пациенту и его заболеванию, а также обучение навыкам ухода за больными. Особенностью занятий по групповой психотерапии с больными, перенесшими инсульт, является участие в них (помимо психотерапевтов) медицинских сестер. В *групповых дискуссиях* (30-минутные занятия 5 раз в неделю) коррекции подвергаются неверные представления пациентов о параличе, проблемы выздоровления и предупреждения повторных инсультов. Перед выпиской психотерапевтические усилия направляются на то, чтобы снять тревогу и избавить от тягостных мыслей, связанных с боязнью больных лишиться заботы, вселить уверенность в скором улучшении состояния. В. М. Шкловский и др. (1981) указывают на эффективность групповой психотерапии в системе реабилитации больных с последствиями инсульта и нейротравмы. Для восстановления коммуникативной функции речи у больных с афазией проводилась логотерапия, сочетающая логопедические и другие групповые формы работы: занятия с использованием методов собственно групповой психотерапии; занятия по восстановлению речи растормаживающего и стимулирующего характера, занятия с использованием дифференцированных методик, применяемых в практике индивидуального обучения; занятия по восстановлению речи клубного типа и в процессе трудовой деятельности. В настоящее время групповая психотерапия включается в комплекс лечебно-восстановительных воздействий при самых различных неврологических заболеваниях, с ее помощью решаются в основном те же задачи, которые указаны выше. Групповая психотерапия оказывается полезной и в случаях длительной инвалидизации пациентов. Описан опыт работы с больными, страдающими хронической прогрессирующей формой нервно-мышечной дистрофии. Психотерапия,

имевшая своей целью уменьшение зависимости, предотвращение ухода от социальной деятельности, изоляции и отчуждения пациентов, проводилась 1 раз в неделю по 1,5 часа. После 9-месячных занятий отмечено терапевтически благоприятное изменение установок и функционирования членов группы (Bayrakal S., 1975).

Нужно подчеркнуть роль психотерапии в системе восстановительного лечения больных эпилепсией, учитывая большое медико-социальное значение этого заболевания. Психотерапия при эпилепсии (Громов С. А., 1987) направлена на решение ряда задач, возникающих при лечении и других органических заболеваний, — закрепление и потенцирование эффекта биологической терапии, укрепление веры больного в успех лечения (в чем особенно нуждаются страдающие этим заболеванием), коррекция отношений больных и перспектив их будущей жизни в условиях болезни, усвоение более адекватных, адаптивных форм поведения. Хотя нет убедительных данных о возможности с помощью психотерапии воздействовать на судорожные припадки, однако смягчение аффективной напряженности, общий седативный эффект психотерапии повышают порог судорожной возбудимости, в ряде случаев уменьшая частоту припадков. Подчеркивается неимперативный, в большей мере разъяснительный характер суггестивных воздействий. Применяются также методы групповой психотерапии.

Для проведения поддерживающей психотерапии у больных с органическими заболеваниями нервной системы могут использоваться клубные формы работы. В клубах бывших пациентов проводятся лечебные реадaptационные мероприятия не только с больными, но и с их близкими, в частности с семьей.

В связи с включением в штаты восстановительных неврологических отделений психологов возрастает их роль в проведении психотерапии. Психотерапевтическое значение имеет уже сама демонстрация больному в процессе психологического исследования сохранности у него психических функций, наличия резервов для противодействия болезни. С психотерапевтической же целью может использоваться ознакомление больных с позитивной динамикой под влиянием лечения изучавшихся психологических показателей.

**ПСИХОТЕРАПИЯ В ОНКОЛОГИИ.** В этиопатогенезе опухолевых болезней существенную роль играют психические факторы, поэтому значение психотерапии в комплексе мер по повышению неспецифической сопротивляемости организма признается многими исследователями.

Как считают В. Е. Рожнов и А. К. Маданов (1979), в одних случаях у больных с опухолевой патологией психотерапия используется лишь для создания благоприятной психологической обстановки, при этом могут проводиться индивидуальные и групповые *психотерапевтические беседы* с больными; в других случаях широкий арсенал психотерапевтических методов может быть направлен на решение лечебно-реабилитационных задач, содержание которых определяется этапом болезни, ее выраженностью и прогнозом.

В период онкопрофилактики может применяться *аутогенная тренировка*, методы *поведенческой психотерапии*. В начальный, диагностический период, когда больные испытывают тревогу и страх, целесообразна *рациональная психотерапия*, направленная на успокоение больного, его активирование, формирование более адаптивного отношения к болезни и лечению. В тяжелых случаях рекомендуется *гипнотерапия*. В период сложных переживаний онкологических больных перед операцией также считается показанной рациональная психотерапия, приемы *самовнушения*, направленные на устранение страха, вселение уверенности в успех лечения.

В послеоперационный период психотерапевтические задачи определяются состоянием больного и дальнейшим лечением. С больными, получающими лучевую терапию, психотерапевтические мероприятия, направленные на коррекцию эмоционального состояния, устранение побочных эффектов лечения, проводятся индивидуально и в группе. Помимо указанных выше используются такие приемы, как «психотерапевтическое зеркало», «лечебная перспектива», «анонимное обсуждение». В запущенной стадии этих заболеваний применяются методы психотерапии, способствующие ослаблению болей, улучшению сна, включающие как важный компонент эмпатическое, сопереживающее отношение к больному, вселение надежды.

Знание психического состояния онкологических больных (Герасименко В. Н. и др., 1983; Гнездилов А. В., 1995; Биктимиров Т. З., Модников С. П., 1999) до и после операции, особенностей их

«внутренней картины болезни», психологических защитных механизмов, процесса формирования «синдрома изоляции» позволяет также использовать отдельные элементы личностно-ориентированной *групповой психотерапии* как в лечении этих больных, так и в психопрофилактической работе с ними.

Вашон и Лиалл (Vachon M. L., Lyall W. A., 1976), обобщая свой многолетний опыт работы с больными раком, в качестве одной из форм групповой психотерапии указывают одночасовые ежедневные занятия, на которых члены группы обеспечивают взаимную моральную поддержку, делятся собственным опытом адаптации к своему заболеванию и нахождения альтернативных путей преодоления эмоционального напряжения и проблем, вызванных болезнью. Описаны попытки проведения групповой психотерапии даже с безнадежно больными пациентами с метастатической карциномой (Yalom I. D., Greaves C., 1977). Психотерапия проводилась ежедневно в течение 90 минут в группе из 6-7 пациентов. Авторы считают, что такая форма работы — эффективное средство, поддерживающее пациентов и позволяющее им преодолевать стресс путем совершенствования адаптации к эмоциональным расстройствам, сопровождающим заболевание. Открытая *конфронтация* со смертью позволяет пациенту ориентироваться не на прошлое или будущее, а на настоящее — на «жизнь», а не на «смерть»; уходит страх быть униженным, попасть в трудную ситуацию, поскольку «рак излечивает невроты». Подчеркивается сложность роли психотерапевта, необходимость интеграции в ситуацию умирающего больного, умение не отделять больных от себя — не разделять понятия «Я» и «Вы».

Группы поддержки больных и их семей, ранняя психиатрическая помощь, отмечает Петерсон (Peterson L., 1981), могут существенно снизить риск возникновения выраженных и не поддающихся коррекции психологических и психопатологических реакций на заболевание раком.

Айзенк (Eysenck H. J., 1993) также убедительно подтвердил роль психотерапии в онкологии. Исследования проводились с учетом копинг-механизмов пациентов и включали индивидуальные и групповые формы поведенческой психотерапии и копинг-тренировки. Под наблюдением находилось 100 человек; это были здоровые люди, по результатам специальных психологических исследований предрасположенные к заболеваниям либо раком легкого, либо ишемической болезнью сердца. Испытуемые были распределены на 50 пар, состоявших из лиц одного пола и возраста. Далее методом случайного выбора одного из пары направляли в *психотерапевтическую группу*, с другими же психотерапевтические занятия не проводились. Через 13 лет в контрольной группе от рака легкого умерли 16 человек, в экспериментальной (в которой проводилась психотерапия) — ни одного. В контрольной группе заболели раком легкого 21 человек, в экспериментальной — 13. Смертность по другим причинам составила в контрольной группе 13 человек, в экспериментальной — 5. Исследования подтвердили эффективность психотерапии в профилактическом плане. Был рассмотрен также вопрос о возможности продления жизни неизлечимым онкологическим больным с помощью психотерапевтических методов. Двадцать четыре таких больных были разделены попарно. С одним пациентом из пары проводилась поведенческая психотерапия, другой пациент получал лишь общепринятое лечение. Средняя продолжительность жизни (с момента наблюдения) составила у первых более 5 лет, у вторых — более 3 лет. Близкие результаты были получены при поведенческой терапии женщин в терминальной стадии рака молочной железы (Биктимиров Т. З., 1999; Чулкова В. А., 1999). По мнению авторов, физиологические процессы в организме находятся под выраженным влиянием психологических воздействий (в стрессовых ситуациях, в частности, повышается содержание кортизола в крови, что оказывает негативное влияние на деятельность иммунной системы).

Особые условия работы в онкологической клинике требуют специальной подготовки врачей и среднего медицинского персонала. Уайз (Wise T., 1977) описывает опыт групповой работы в форме семинара для врачей и медицинских сестер. Основное внимание было уделено чувству озабоченности и тревоги, возникающему при работе с раковыми больными; приемам работы с умирающими; пониманию группой того, что она трудится в сложнейшей области медицины. Уайз подчеркивает эффективность использованной формы обучения.

См. также *Психотерапия образами терминальных онкологических больных*.

**ПСИХОТЕРАПИЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ.** Важным звеном лечебно-реабилитационных мероприятий в нашей стране является санаторно-курортный этап, так как больные, нуждающиеся в психотерапии, составляют значительный процент лиц, направляемых в санаторий. И. З.

Вельвовским (1968), А. Т. Филатовым (1972) разработаны научно-организационные основы психотерапевтической помощи больным в санаторно-курортных условиях и создана психотерапевтическая служба в санаториях, получившая широкое распространение: *психотерапевтических кабинетов* и отделений в санаториях в настоящее время насчитывается уже более трехсот.

В психотерапевтических кабинетах санаториев в основном используются *рациональная психотерапия* и суггестивные методы воздействия, обычно с применением современных радиотехнических средств.

Относительно короткие сроки пребывания больного в санатории, большее число обслуживаемых больных требуют, с одной стороны, приспособления существующих методик психотерапии к условиям курорта и, с другой, определенной тактики ведения больных психотерапевтом (активный характер психотерапии, обязательное сочетание ее с курортными факторами, психотерапевтическое потенцирование и опосредование последних). Лечение должно начинаться в первые же дни после поступления пациента в санаторий, чему помогает экспресс-диагностика с использованием стандартизованных и экономичных с точки зрения затрат времени и труда клинико-психологических методик.

Психотерапевтический кабинет санатория представляет собой центр не только психотерапевтической, психопрофилактической и психогигиенической работы, но и деонтологического воспитания всего персонала санатория.

Основной тенденцией развития курортной психотерапии применительно к различным контингентам больных является специализация ее по отдельным группам заболеваний и санаторному этапу их реабилитации. Так, например, в кардиологических санаториях для больных, перенесших острый инфаркт миокарда, организованы реабилитационные отделения, в которых предусмотрена ставка врача-психотерапевта. В будущем планируется организация специализированных санаториев для больных с невротами и другими пограничными состояниями, в лечении которых психотерапии принадлежит важная роль. Психотерапия на санаторном этапе становится весьма эффективным компонентом лечебно-реабилитационных мероприятий у лиц с ампутированными дефектами верхних и нижних конечностей, у спинальных больных и др.

Основной задачей санаторной психотерапии в настоящее время является более широкое использование адаптированных для санаторно-курортных условий современных форм *групповой психотерапии*, функциональных тренировок, поведенческих приемов и др.

Внедрение методов групповой психотерапии в практику работы санаторных учреждений имеет принципиальное значение. Во-первых, санатории сегодня располагают наибольшим числом хорошо оборудованных психотерапевтических кабинетов, и, во-вторых, интеграция групповой психотерапии в работу этих кабинетов позволит значительно расширить спектр применяемых в них методов (в большинстве санаториев до настоящего времени используются преимущественно *гипнотерапия*, *аутогенная тренировка* и другие суггестивные методы).

Опыт групповой психотерапии в санаторной практике в нашей стране пока невелик. Н. К. Липгарт, А. Л. Гусов, А. В. Криничанский и др. (1980), рассматривая некоторые особенности проведения групповой психотерапии в комплексе санаторно-курортного лечения, предлагают учитывать следующее: пациенты не должны рассчитывать на разрешение всех проблем и конфликтов; группа может помочь лишь начальному формированию их адаптивного поведения (для чего желательно быстрое включение пациентов в работу группы) и концентрации их на своих проблемах; пациенты должны сознавать ответственность за свою психотерапевтическую активность, исходя из принципа «Человек является творцом собственной судьбы»; с групповой психотерапии должен быть полностью снят налет таинственности; внимание пациентов в процессе занятий концентрируется на их актуальных проблемах и кризисах, текущих намерениях и планах; занятия в *психотерапевтической группе* — важный метод лечения, из чего вытекает ответственность каждого члена группы за участие в общей работе; методики, направленные главным образом на выявление взаимоотношений в группе, в этих условиях малопродуктивны.

Началу групповой психотерапии предшествуют беседы с отдельными пациентами с целью подготовки их к участию в работе группы и создания мотивации на этот чаще всего неизвестный им вид

психотерапии. Этому же служит и общая беседа с членами группы с элементами рациональной психотерапии — освещается роль психического фактора в происхождении, течении, излечении (или компенсации) заболевания. С учетом обычного срока пребывания в санатории (24 дня) более целесообразна работа в открытой психотерапевтической группе, состав которой частично обновляется за счет вновь поступающих пациентов. Занятия проводятся ежедневно по полтора часа.

Из большого арсенала методов групповой психотерапии для санаторных условий целесообразно отобрать те, которые позволяют с первых занятий заинтересовать, объединить пациентов, повысить их эмпатический потенциал, а также дают возможность получить материал для самопознания и развития *групповой дискуссии*. Это прежде всего *психогимнастика*, *проективный рисунок*, методика разыгрывания ролевых ситуаций и др. Уместно также использовать, в особенности для фокусирования внимания на отдельных, более трудных пациентах, такие приемы, как «психотерапевтическое зеркало», «коррекция масштаба переживания», «лечебная перспектива», *конструктивный спор*.

В отличие от техники проведения групповой психотерапии в отделениях неврозов при работе в санаторно-курортных условиях в большей мере планируется содержание каждого последующего занятия, а также предполагается более активная позиция психотерапевта. При разумном сохранении принципа свободного, ничем не ограничиваемого выражения своих эмоций, отношений и установок удастся уменьшить напряженность в группе с первых же занятий, в результате чего деятельность группы приобретает более целенаправленный характер.

Работа группы строится с учетом биографической, тематической и интеракционной ориентации занятий. Выбор методики каждого занятия определяется конкретной ситуацией в группе (уровнем ее развития, степенью сплоченности и взаимопонимания). На первых занятиях целесообразнее использовать невербальные методы; с них можно начинать и последующие занятия, переходя к дискуссии и постепенно увеличивая время ее проведения. Такие методики, как психогимнастика и другие невербальные приемы, способствуют сплочению группы, установлению эмоционального взаимопонимания, стимулируют заинтересованное, направленное общение.

В санаторных условиях в процессе групповой психотерапии шире могут использоваться *музыкотерапия*, *библиотерапия*. С музыкотерапии в рецептивном ее варианте может начинаться занятие («музыкальная разминка»): в этом случае в течение 5-7 минут прослушивается музыкальное произведение с последующим переходом к обычной работе. Это значительно повышает эмпатический потенциал как отдельных участников, так и всей группы в целом.

Особенностью работы группы в санаторно-курортных условиях, по мнению Н. К. Липгарт и др. (1980), является также необходимость оценки терапевтического эффекта каждого занятия, для чего используются как субъективный отчет больных, так и наблюдения лечащего врача.

Наконец, важнейшим условием успеха групповой психотерапии в санаторной практике являются высокая профессиональная подготовка психотерапевта, его опыт, тактичность, наблюдательность, скорость реагирования на события в группе, умение быстро и точно их интерпретировать. Принято высоко оценивать профессиональные возможности психотерапевтов, работающих в курортных условиях, их владение методами *гипноза*, аутогенной тренировки и др. Нет сомнений и в их способности эффективно использовать также методы групповой психотерапии, позволяющей решать не только чисто лечебные задачи, но и вопросы *психогигиены* и *психопрофилактики* на курортах.

**ПСИХОТЕРАПИЯ В ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ.** Среди достижений современной медицины трансплантология обеспечила себе прочное место в повседневной практике (Коркина М. В., Цивилько М. А., 1980; Laurinaitis E., 1983; Rose H.-K., 1999). В связи со стационарированием по витальным показаниям у пациентов часто наблюдается эмоциональная шоковая реакция, которая феноменологически знакома специалистам как ступорозное состояние при страхе. На стадии интенсивной терапии возникает реактивная депрессия. Тесно связано с этим чувство внутренней угрозы, которое охватывает больного и влияет на его мыслительные и эмоциональные процессы. Позднее формируются сильно выраженные защитные механизмы отрицания.

Для пациентов, испытывающих стресс вследствие диализа, характерны следующие расстройства: зависимость от навязанных им длительных терапевтических программ; состояние неопределенности относительно жизненного прогноза; ограничение внешней активности в семейном, профессиональном и общественном плане. Эти три стрессовых фактора обуславливают умственную и эмоциональную

озабоченность ситуацией, связанной с диализом, которая наблюдается при первой же встрече с пациентом.

Эмоциональное преодоление стресса требует учета двух факторов: с одной стороны, необходимости переживания длительной альтернативы между дальнейшей жизнью и смертью, а с другой — надеждой на трансплантацию почки. Благодаря этим эмоциональным факторам используются возможности для активизации пациента. Если пациент может справиться с диализной программой и найти в ней выход для себя, наступает не только приспособление к аппарату, но и возможность психосоциальной реабилитации. Позже могут возникать вторичные психические изменения: тревога в связи с неопределенностью прогноза, депрессивные симптомы.

В клиничко-психосоматическом аспекте трансплантация почек ставит врачей перед фактом полной зависимости пациента от диализной программы. Расширение контактов пациента с внешним миром способствует повышению психической гибкости пациента по отношению к новым требованиям окружающей среды. При этом стабилизируется самооценка пациента, что, кроме того, сопровождается уменьшением страха и неуверенности по отношению к возможному прогнозу. Соответственно остается обеспокоенность относительно возможности отторжения трансплантата и потенциального возобновления процедуры диализного лечения. Преобладающий вопрос «приживется ли трансплантат или произойдет окончательное отторжение?», особенно в случае манифестной угрожающей опасности для трансплантационной функции, приводит к ситуации, напоминающей «сидение на пороховой бочке» — к депрессии и страху. Однако, когда отторжение трансплантата становится очевидным и требуется повторная процедура диализа, у большинства пациентов быстро появляется желание новой трансплантации.

Удачная трансплантация печени сопровождается психически стабилизирующим эффектом, подобному таковому при почечной трансплантации, но с двумя различиями. Первое заключается в том, что у пациентов с терминальной печеночной недостаточностью перед пересадкой органа период между тяжелейшим токсикозом и объявлением о необходимости трансплантации так короток, что адаптация к болезни не может быть устойчивой. Второе различие при успешной печеночной трансплантации состоит в том, что хотя наступает психически стабилизирующий эффект, как и при почечной трансплантации, однако для пациентов с печеночной трансплантацией вопрос «приживание или отторжение» ведет к абсолютной угрозе, так как для этих пациентов нет выхода из экстремальной ситуации в форме «искусственной печени».

С учетом субъективной и объективной тяжести печеночных больных с терминальной недостаточностью или после печеночной трансплантации у них можно наблюдать, что уверенное клиническое окружение способствует преодолению вторичных психических изменений. Возникает чувство, что вокруг господствует ярко выраженная врачебная компетентность. Клиническое окружение, прежде всего своим порядком и укладом, оказывает косвенное психотерапевтическое влияние, которое в равной степени распространяется и на последующее амбулаторное лечение.

При пересадке сердца, как и при трансплантации почек и печени, вопрос, связанный с непосредственным оперативным вмешательством, отодвигает другие аспекты жизни после трансплантации. При исследовании больных обращает на себя внимание (как и у пациентов при почечной или печеночной трансплантации) не только интеллектуальное и эмоциональное противостояние с трансплантируемым органом, особенно в плане ситуации «пороховой бочки», но и обеспокоенность в отношении возможных побочных эффектов от приема медикаментов. У части больных возникает чувство вины: «для того, чтобы я жил, человек должен умереть». Однако у большинства пациентов преобладает вера в то, что первоначальная пересадка органа будет удачной.

Поскольку пациенты, нуждающиеся в пересадке органов, находятся в соматическом медицинском учреждении (терапевтическом, хирургическом), возникает необходимость, чтобы их психосоматические проблемы исследовал соответствующим образом обученный врач или психолог, что позволит преодолевать эти проблемы при использовании бригадной формы работы (врачи — сестры — обслуживающий персонал). Такое междисциплинарное обслуживание описывается и как «консультативное взаимодействие». Клинические консилиумы и служба взаимодействия, которые обеспечивают клиничко-медицинские стационары, имеют двойственный аспект. С одной стороны, это классическое консультирование психосоматических пациентов и пациентов с психическими

проблемами, а с другой — специализированное обсуждение проблем пациентов и психотерапевтическое сопровождение их дальнейшего обслуживания.

Для пациентов с выраженными вторичными психическими нарушениями при наличии бригадного обслуживания (консультативного взаимодействия) используются следующие виды индивидуальной *поддерживающей психотерапии*.

1. Континуально-вербальный диалог в смысле «ассоциативного анамнеза» (Deutsch P., 1953).

2. Прямой разговор о «вторичной ипохондрии» как о первичной, стоящей на переднем плане коммуникативной просьбы пациента об *эмоциональной поддержке* и вербально-катарсическое противостояние страхам.

3. Прямой разговор о фрустрационно-агрессивных стремлениях пациента и исходящего из них представления «почему я, а не кто-то другой» с соответствующим вербально-катарсическим противостоянием.

4. В последующем переходят от интроспекции и саморефлексии к прямому разговору о психотравмирующей ситуации, предлагаются образцы общественно признанных форм проблемных решений, способствующие ассоциативно-анамнестическому ориентированию, но только без последующей психодинамической проработки. Во многих случаях это приводит к обнажению и прояснению психотравмирующей ситуации, что дает пациенту возможность для соответствующих катарсических высказываний.

Таковы во многих случаях эффективные формы *психотерапевтических вмешательств* и поддерживающей психотерапии в стационаре. Эти специальные формы фокусирования на проблемной ситуации, особенно для хронических больных с зависящей от болезни, психотравмирующей ситуацией применяются несравнимо чаще, чем общепринятые формы психотерапии.

Для части пациентов, осмотренных службой консультативного взаимодействия, предлагаются дополнительно от одного до трех системных интервью, к которым в последующем присоединяются и их родственники. Эти беседы преследуют следующие цели:

1. Получение расширенной дополнительной информации о семейных или супружеских взаимоотношениях. Такая дополнительная информация путем системного собеседования значительно увеличивает эффективность поддерживающей *индивидуальной психотерапии*.

2. Значительное смягчение межличностных реакций взаимодействия внутри семьи или в супружеских отношениях у хронически больных. Реактивно-личностным взаимодействием называется такой вид симбиотического слияния, вследствие которого члены семьи или партнеры так сильно погружаются в страдания пациента, что граница между пациентом и членами его семьи или партнером размывается и становится хрупкой. При этом возможен круговой опрос (анкетирование) с целью улучшения и смягчения межличностной динамики в семье и установления новых соотношений близости / дистанцирования.

3. Мобилизация семейных и супружеских ресурсов путем опоры на позитивные моменты. Источником опоры на позитивные моменты является исключительная поддержка психотерапевтом общего климата взаимности и сокрытие от пациента кажущихся негативными сторон поведения членов семьи или партнера с целью уменьшения возможности *конфронтации*. Позднее возможно выявление дополнительных скрытых ресурсов, мобилизующих, например, готовность к самопожертвованию, радость соучастия, готовность разделить печаль и т. д.

Общим эффектом поддерживающей индивидуальной и *семейной психотерапии* является стабилизация самооценки, освобождение от страха, помощь в реалистическом отказе от погружения в болезнь, а также формирование необходимых для лечения и контактов позитивных отношений пациента.

**ПСИХОТЕРАПИЯ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ ЖИЗНИ.** Это различные формы психотерапии (индивидуальная, семейная, групповая), учитывающие особенности пациентов старше 40 лет. Этот возрастной период, называемый в литературе второй половиной жизни (Kohler Ch., 1968) и характеризующийся началом психического и физического старения, многие авторы рассматривают как кризисный. О «кризисе середины жизни» писал, например, *Юнг* (Jung C. G.). Вступление в этот период связано с повышенным риском заболеваний. Значительную часть функциональных психических расстройств, которыми впервые заболевают пожилые люди, составляют депрессивные состояния,



реакции отказа, невротические нарушения. К патогенетическим факторам, наряду с биологическими предпосылками (большая подверженность болезням с хроническим течением, способствующим общему упадку психофизической активности, снижение физического тонуса, снижение обмена, дисбаланс биогенных аминов и др. (Тибилова А. У., 1988), относят также социальные, социально-психологические и психологические факторы, такие как неустойчивая работоспособность, нарушения в семейной жизни, страх перед физическими и душевными сбоями, нежелание стареть, трудность психологической адаптации к изменению привычных условий и привычного окружения, повышающаяся потребность в достижении успеха (Тибилова А. У., 1988; Колер, 1968; Konechny R., 1974, и др.). У людей этой возрастной группы часто возникают многочисленные физические и психические симптомы. Во время приема врач может наблюдать все оттенки их предъявления от обычного описания жалоб до ипохондрической фиксации. При диагностически-терапевтических действиях по отношению к этим больным особое внимание следует уделять пониманию психосоциальной ситуации пациентов этой возрастной группы. На способ переживания начала старения влияют индивидуальные психологические особенности пациента и его предшествующий жизненный путь, в связи с чем важно определить, какие невротические проявления вызваны собственно началом старения, а какие формировались уже ранее, на протяжении предшествующих десятилетий. Но в то же время существует ряд характерных для этого периода жизни событий, способствующих возникновению психического напряжения, знание которых позволяет предупреждать психические расстройства. Среди этих событий важная роль принадлежит изменению профессиональной ситуации. Снижение работоспособности и адаптации к постоянно меняющимся требованиям и условиям, трудности в приобретении новых знаний и овладении стремительно поступающей новой научно-технической информацией приводят к снижению самооценки, особенно у лиц с нарушенной ранее самооценкой в процессе их личностного развития. Компенсация нарушенной самооценки происходит либо путем целеустремленного решения профессиональных задач при чрезмерных энергетических затратах, либо возникновением симптомокомплекса, «оправдывающего» утрату пациентом прежней работоспособности. Как отмечает Аккерманн (Ackermann F., 1960), нарушенная самооценка у пациентов в четвертом десятилетии жизни может поддерживаться позитивными переживаниями отдельных социальных успехов и взлетов, но параллельно создается нестабильность индивидуальной оценочной структуры. Особенно это относится к тем, кто до середины жизни был весьма работоспособен, активен, решал профессиональные задачи, требующие многообразных новых знаний и нестандартных подходов. *Конфронтация* таких пациентов со снижением своей работоспособности зачастую вызывает у них невротическую симптоматику, которая может расширяться до выраженного состояния невротического страха и депрессивной клинической картины. Наряду со снижением работоспособности у лиц этого возрастного периода Шульте (Schulte W., 1956) отмечает формирование самообвинения в упущенных возможностях, Конечный указывает на утрату смысла жизни (жизненную фрустрацию, экзистенциальный вакуум по Франклу (Frankl V. E., 1990). Снижение самооценки, нарастающая неуверенность проявляются у этих пациентов не только в профессиональной сфере, но и в общении с другими людьми как в домашнем окружении, так и на работе. Как правило, степень своего старения человек оценивает исходя из постоянного опыта общения с молодыми людьми, из межличностных реакций своего окружения. Опасения получить негативные оценки от окружающих в связи с потерей подвижности интеллекта, снижением концентрации внимания, сужением круга интересов, непониманием молодыми людьми проблем старения приводят к уменьшению социальных контактов. Компенсаторное социальное поведение, выражающееся в подчеркнутой авторитарности в присутствии лиц молодого возраста, чрезмерные ссылки на жизненный опыт — почти боязливо оберегаемое, по словам Колера, богатство старости — заостряют порой только начинающийся конфликт с окружением.

В литературе, посвященной психотерапии второй половины жизни, подчеркивается значительное преобладание среди пациентов этого возраста лиц женского пола, причиной чего является более выраженная эмоциональность, психосексуальность, отсутствие смысла жизни вследствие ограниченного круга интересов (Jaspers K., 1948; Stern E., 1955, Колер, 1968, и др.). Колер отмечает, что формирование так называемых специфических женских личностных характеристик обусловлено не только биологическими причинами, но и социальными условиями. Социально-экономическая зависимость, неравенство с мужчиной в общественной и профессиональной сфере тормозят развитие

зрелой личности. Инфантильность личностной структуры усложняет конструктивное разрешение конфликтных условий, возникающих у женщин в середине жизни. Выросшие дети, надоевшее однообразие домашних обязанностей, сужение сферы внесемейных интересов, снижение сексуальной привлекательности и оценки себя как «собственно женского существа» переживаются женщиной как существование в вакууме и сопровождаются нарастанием чувства незащитности, возникновением невротической симптоматики, депрессивными колебаниями настроения.

Психотерапевтическая работа с пациентами второй половины жизни осуществляется с учетом описанных особенностей. Уже на этапе сбора анамнестических данных следует избегать фиксации внимания пациента на необратимых психосоматических процессах, связанных с началом старения. Сообщения психотерапевта о старческих симптомах или проявлениях, при недостаточных ссылках на сохранные силы пациента, могут оказаться ятрогенными. Опрометчивые замечания врача, сделанные пациентке, вступившей в климактерический период, и указывающие на связь ее состояния с гормональными сдвигами, зачастую формируют у нее впечатление фатальной предопределенности и пассивное поведение и создают почву для дальнейшего роста невротической симптоматики. Наряду с анализом актуальных индивидуальных конфликтных ситуаций в задачи психотерапии входит также обсуждение переживаний, связанных с ожиданием грядущей старости. Так, Колер считает важным формирование у пациента понимания возможности избежать «экзистенциальной неуверенности», которая могла у него сформироваться в течение раннего периода жизни рядом со стареющими родственниками и знакомыми. По мнению автора, следует направлять пациента на создание новых ценностных ориентации, стимулировать интерес к выполнению различных социально-профессиональных задач, поддерживать его активное поведение. Урегулированная, соответствующая образовательному уровню и актуальной работоспособности профессиональная деятельность принимает роль стабилизатора психического состояния пациентов этой возрастной группы. Профессиональная деятельность, включающая, как правило, коммуникативный фактор, противодействует также склонности этих пациентов сокращать социальные контакты. Проблемы межличностного взаимодействия могут наиболее эффективно решаться в процессе *групповой психотерапии*. В *терапевтической группе* создается социальная ситуация, в которой пациенты этого возраста без ущерба для своей самооценки могут испытать готовность молодых к помощи. *Групповая динамика* позволяет пациенту увидеть различные варианты проявления своей личности в межличностных взаимодействиях. Новый опыт помогает конструктивно управлять межличностными отношениями адекватными поставленным задачам способами. Групповые ситуации, представляющие модельные ситуации жизни, показывают пациенту, что конфликт поколений, квалифицированный им прежде как фатальный, может быть разрешен. Принятие женщинами-пациентками, социальный опыт которых ограничивался привычными рамками домашних обязанностей, новых для них социальных ролей в процессе различных форм групповой психотерапии способствует повышению самооценки и самосознания. Для таких пациенток полезным может быть сочетание групповой и *семейной психотерапии*. Понимание обоими супругами с помощью психотерапевта связи проблематики пациентки с развитием невротической симптоматики в большинстве случаев помогает найти адекватные пути ее устранения.

**ПСИХОТЕРАПИЯ ЗАИКАНИЯ.** Применению психотерапии в лечении заикания традиционно всегда придавалось большое значение. Для этого могут быть использованы различные формы психотерапевтического воздействия: рациональная и суггестивная психотерапия (*гипнотерапия, внушение* в состоянии бодрствования, *самовнушение, аутогенная тренировка*) и *групповая психотерапия*.

Страх, сильное волнение, неуверенность в своих силах, вне зависимости от того, возникают ли они задолго до начала высказывания или нет, всегда дезорганизуют речь, мышление заикающегося, изменяют его поведение, доставляют тяжелые душевные переживания. Именно поэтому в основе психотерапии должны лежать медико-психологические мероприятия, направленные на перестройку нарушенных отношений личности и воздействующие на эмоциональную сферу больного.

В процессе психотерапии больных с заиканием важное место отводится угашению отрицательных эмоций и воспитанию положительных эмоций, обладающих большими компенсаторными свойствами, стимулирующими нервную систему к преодолению трудностей в сложном процессе овладения навыками правильной, плавной, слитной речи и правильного поведения.

После подробного предварительного ознакомления с особенностями личности больного и психотравмирующими обстоятельствами следует установить, какие виды психотерапии и в какой последовательности необходимо применить в каждом конкретном случае. Обычно сочетаются *рациональная психотерапия* и различные суггестивные методы. Наиболее эффективными в системе психотерапевтических мероприятий при лечении заикания являются методы групповой психотерапии.

Основной задачей *личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова* является перестройка нарушенных отношений личности с окружающей средой. В ходе *психотерапевтических бесед* выясняются причины возникновения и развития синдрома страха и других невротических проявлений у больных с заиканием. Этими причинами могут быть неправильное воспитание в детстве, психотравмирующие ситуации в семье, во время учебы и работы. Психотерапевтические беседы проводятся на протяжении всего курса лечения заикания. В процессе психотерапии следует добиваться ясного понимания больным всех обстоятельств, послуживших источником речевых нарушений, и в особенности тех психологических факторов, которые во многом способствуют усилению речевого дефекта.

Кроме личностно-ориентированной психотерапии широко применяются суггестивные методы воздействия в состоянии бодрствования, которые способствуют устранению отдельных симптомов заболевания и улучшают общее состояние больного. При этом следует учитывать роль эмоционального фактора. Сильное эмоциональное напряжение используется при лечении как заикания, так и тяжелых зафиксировавшихся болезненных проявлений, таких, например, как мутизм.

Для устранения заикания широко используются одномоментные способы суггестивного воздействия. «Снятие заикания» проводится одномоментно, а достигнутые результаты закрепляются в ходе последующих логопедических и психотерапевтических занятий (см. *Директивное групповое воздействие наяву Дубровского, Императивное внушение наяву на фоне сильного эмоционального напряжения при заикании по Шкловскому*).

При лечении заикания применяется гипнотерапия, в том числе для достижения *катарсиса* (Rosen H., 1953; Livingood F., 1958). Из отечественных авторов гипнотерапию при заикании использовали Ю. А. Поворинский (1950), Д. Я. Венгеровский (1955), В. М. Шкловский (1975, 1994) и др. Внушение в гипнозе, подкрепленное логопедическими занятиями и психотерапевтическими беседами, способствует устранению страха речи, который является одним из патогенетических факторов заикания. Гипнотерапия в части случаев является хорошей подготовкой к проведению сеанса внушения в состоянии бодрствования. Сеансы гипнотерапии проводятся обычно с группой больных (8-10 человек) в специально оборудованном помещении. Во время внушения в гипнозе кроме формул общеуспокаивающего характера особое внимание уделяется нормализации эмоционально-волевой сферы и функционирования артикуляционно-голосового и дыхательного аппарата.

Методика *самовнушения* при заикании принципиально соответствует предложенной Куэ (Coue, 1929) и В. М. Бехтеревым (1911), но так же, как и аутогенная тренировка, модифицируется с целью лечения логоневроза. Сеанс самовнушения проводится следующим образом: заикающийся устраивается в удобном положении с закрытыми глазами и повторяет в утвердительной форме: «Я говорю хорошо, свободно, плавно и слитно, не разрывая слова и фразы, точно так, как я произношу ряд звуков "АОУИ"; я плавно и слитно произношу всю фразу, точно так, как я произношу ряд цифр: "1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10". Страх речи больше нет. Я везде и всюду чувствую себя уверенно и спокойно» и т. п. При проведении самовнушения следует добиваться, чтобы сеанс не сводился к пассивному проговариванию формул, а отражал бы активное стремление больного представить себя хорошо говорящим. Пациент должен научиться вызывать у себя представление о том, как он разговаривает без заикания дома, в учебном заведении, на работе и в других ситуациях. Самовнушение рекомендуется проводить 2-3 раза в день. Последний сеанс осуществляется перед сном, когда имеются более благоприятные условия для его проведения и реализации.

При лечении заикания широко используется аутогенная тренировка. О положительном эффекте ее сообщают многие авторы. Применяя аутогенную тренировку, больные с заиканием стремятся добиться расслабления мышц артикуляторно-голосового аппарата, снять чувство общей скованности, напряжение в области диафрагмы и судорожные приступы в конечностях. Аутогенная тренировка активизирует самостоятельную работу проходящего курс лечения, так как внимание заикающихся

концентрируется не только на определенных, поставленных перед ними задачах (расслабление отдельных мышечных групп, ликвидация судорог, сопутствующих движений), но и на практических способах их разрешения, что имеет большое психотерапевтическое значение. Кроме того, аутогенная тренировка важна как один из приемов, которым заикающиеся овладевают в стенах медицинского учреждения, а затем используют в самостоятельной работе для профилактики рецидивов. Сеансы аутогенной тренировки рекомендуются на самых ранних этапах лечения, так как этот метод требует длительного времени для получения необходимого эффекта.

Ниже приводятся основные упражнения, которые могут использоваться при проведении аутогенной тренировки для устранения заикания у взрослых (Шкловский В. М., 1994).

1-е упражнение, подготовительное, общее расслабление. Больной сидит на стуле, голова опущена на грудь, глаза закрыты, предплечья рук на бедрах. Больной проговаривает про себя, вначале вслед за проводящим сеанс, а затем самостоятельно формулу «Я совершенно спокоен».

2-е упражнение — ощущение тяжести в одной руке. «Моя правая рука отяжелела (у левши — левая). Моя левая рука отяжелела».

3-е упражнение — ощущение тяжести в обеих руках. «Обе руки отяжелели».

4-е упражнение — переход к ощущению теплоты. «Правая рука теплая (у левши — левая). Левая рука теплая».

5-е упражнение — ощущение теплоты в обеих руках. «Обе руки теплые».

6, 7, 8, 9-е упражнения аналогичны предыдущим — ощущение тяжести и теплоты в ногах.

10-е упражнение — «Сердце бьется спокойно, равномерно».

11-е упражнение — «Я дышу совершенно спокойно».

12-е упражнение — «Мышцы груди, живота, диафрагмы расслаблены».

13-е упражнение — «Мышцы лица расслаблены».

14-е упражнение — «Нижняя челюсть свободно опускается вниз».

15-е упражнение — «Язык становится совершенно свободным, мягким».

16-е упражнение — «Я говорю легко, свободно, без всякого напряжения».

(Можно еще более конкретизировать речевую ситуацию.)

Сеансы проводятся 3 раза в день. Длительность сеанса в начале занятий аутогенной тренировкой — 10-12 минут. Сеанс оканчивается вскидыванием рук со сжатыми кулаками, глубоким вдохом и открыванием глаз. Третий, последний сеанс больной может проводить в постели вечером, без открывания глаз, что позволяет после сеанса аутогенной тренировки спокойно уснуть.

На освоение первого и второго упражнения затрачивается примерно 1-2 недели, после чего можно переходить к следующему упражнению. В этот период время тренировки доводится до 10-15 минут. Постепенно длительность сеанса увеличивается до 20-40 минут. Такова примерно схема проведения сеансов аутогенной тренировки.

Взрослые больные, страдающие заиканием, по степени дезорганизации системы отношений личности приближаются к невротикам (Шкловский В. М., 1976). Уже этот фактор определяет адекватность личностно-ориентированной групповой психотерапии в работе с данным контингентом и показания к ее применению. Специфические черты *психотерапевтической группы* заикающихся, требующие модифицированных форм работы, состоят в следующем.

1. Длительность заболевания и связанные с ней особенности личностной реакции на дефект речи (история заикания — это история жизни).

2. Отсутствие у больных *осознания* и понимания связей между системой отношений личности и заболеванием, т. е. восприятие заикания как чистого дефекта речи.

3. Внешнее сходство предъявляемых больными жалоб. На этой основе в психотерапевтической группе создается устойчивая псевдосплоченность, позволяющая участникам избежать *конфронтации* со своими личностными проблемами и конфликтами. Псевдосплоченность поддерживается относительной половой и возрастной гомогенностью групп заикающихся.

4. Наличие у большинства больных фиксации на дефекте речи, переоценки его тяжести, роли дефекта в коммуникативных неудачах и своей интерперсональной проблематике. Потребность в общении заменяется потребностью в монологической речи, и вся ситуация общения (в том числе в психотерапевтической группе) строится исходя из того, как говорится, т. е. из субъективно значимого

признака.

5. Низкая коммуникативная компетентность заикающихся, определяющая их спонтанное взаимодействие в группе. Больные с заиканием не осознают роли невербального поведения в коммуникативном акте, у них нет установки на партнера, им незнакомо ощущение «коммуникативного удовольствия», и в целом они понимают общение как монологическое говорение, вне форм диалога и полилога. Мимика и пантомимика заикающегося отражают, как правило, реакцию не на партнера по общению, а на собственные ощущения, связанные с речевыми трудностями, т. е. носят аутокоммуникативный характер.

6. Стереотип сформировавшихся ожиданий в отношении предстоящего лечения, понимаемого почти исключительно в аспекте логопедической коррекции. Данный стереотип поддерживается прежним опытом лечения, в том числе в группе. У пациентов имеется четкое представление о функции группы в лечении и о роли ведущего (врача, психолога). Группа понимается как пассивная аудитория, необходимая для отработки навыков публичной речи, а ведущий — как абсолютный лидер, взаимодействие с которым носит чисто дидактический характер. Отношения с другими пациентами воспринимаются как малозначимые и находятся на периферии внимания.

Специфические черты контингента больных с заиканием делают неэффективным и в ряде случаев невозможным использование принятых форм групповой психотерапии. Обычные начальные шаги при работе с больными неврозами — сравнение жалоб и проблем отдельных пациентов, предоставление им полной самостоятельности в общении, создание напряжения за счет специально организованной неопределенности — неадекватны для групп заикающихся. В дискуссии происходит подмена содержательной стороны любого вопроса спектром переживаний речевой несостоятельности и «совместного» неуспеха обсуждения. Любые осложнения в *групповой дискуссии*, которые могли бы быть связаны с конфликтностью, напряженностью или значимостью обсуждаемого, автоматически относятся на счет техники речевого общения.

Таким образом, использование в лечебных целях всего объема взаимодействия и взаимоотношений участников группы невозможно без дополнительной работы, направленной на коммуникативную сферу и коррекцию навыков общения.

При личностно-ориентированной групповой психотерапии дополнительным специфическим аспектом в лечении больных заиканием становится реконструкция механизмов общения и формирование навыков овладения больными формой и сущностью правильного коммуникативного поведения. Психотерапевтическая группа создает наилучшие возможности для моделирования подлинной атмосферы устной коммуникации, введения элементов речевой и языковой игры, тренировки разных составляющих коммуникативного акта, достижения успешности в общении и эффекта «коммуникативного удовольствия». Психотерапевтическая группа представляет собой одновременно среду развертывания различных коммуникативных проявлений и средство воздействия на них.

Специфическими задачами групповой психотерапии при заикании являются: 1) актуализация максимума различий в коммуникативном поведении пациентов, их индивидуализация в глазах группы; 2) создание структуры диалогического общения в группе, привлечение внимания к различным характеристикам взаимодействия с партнером и постепенное формирование нового понимания целей и ценностей общения; 3) преодоление тенденции избирательного и неадекватного восприятия и построения конкретных коммуникативных ситуаций на основе фиксации на дефекте речи, в частности изменение представлений о роли невербальных составляющих в общении; 4) изменение стереотипа восприятия группы пациентов как аудитории и ведущего как формального и абсолютного лидера.

Методы групповой психотерапевтической работы с больными, страдающими заиканием, подробно изложены в работе В. М. Шкловского, Л. М. Кроля и Е. Л. Михайловой (1985).

Наиболее эффективно применение описанных выше методов психотерапии в комплексной медико-психологической системе лечения.

### **ПСИХОТЕРАПИЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ.**

Имеет сходство с психотерапией зависимых от запрещенных психоактивных веществ (наркотиков). Это прежде всего апелляция к личности больного и определенная последовательность терапевтических воздействий (детоксикация, общеукрепляющее лечение, *поддерживающая психотерапия*).

Отличительной особенностью является то, что злоупотребляющие легальными лекарственными препаратами, как правило, не совершают антиобщественных действий и уголовных преступлений, употребление ими лекарственных средств связано с самолечением или неправильным назначением фармакологических средств. Они консультируются у врачей, знакомятся с действием лекарственных препаратов по аннотациям, справочникам и учебникам.

Чрезвычайно широк спектр нервно-психических и соматических расстройств, при которых пациенты ищут препараты, способные нормализовать их состояние. Если используемый лекарственный препарат хотя бы в какой-то степени оправдывает ожидания и на какое-то время нормализует состояние, он переходит от эпизодического к систематическому приему лекарства. При этом быстрое симптоматическое улучшение для пациента очевидно, а побочные токсические последствия самолечения отсрочены и обычно полностью игнорируются больным.

Когда привычное лекарственное средство не оказывает желаемого эффекта, ему либо ищут замену, либо обращаются за помощью в медицинское учреждение. В начале лечения необходимо учитывать основные мотивы больного, заставившие его обратиться за медицинской помощью. В дальнейшем следует укреплять установку на отказ от употребления привычных лекарственных препаратов. При этом основной акцент делается не столько на вреде приема лекарств без назначения врача, сколько на необходимости квалифицированного лечения заболевания.

Если пациент реально ощущает возможность нормализации своего состояния без употребления привычных лекарственных препаратов и понимает вред злоупотребления ими, *индивидуальная психотерапия*, как правило, бывает успешной. При отсутствии благоприятного прогноза исхода лечения злоупотребляющего лекарственными препаратами следует госпитализировать в *психотерапевтическое отделение*, проконсультировать у врача психиатра-нарколога с целью уточнения диагноза, обеспечить усиленный контроль со стороны медицинского персонала и вовлечь больного в интенсивные психотерапевтические программы, в том числе и в групповые их формы. В случае продолжения злоупотребления лекарственными препаратами пациент может быть госпитализирован в специализированное наркологическое отделение.

См. также *Психотерапия зависимых от психоактивных веществ*.

**ПСИХОТЕРАПИЯ И ИНТЕРНЕТ.** Интернет объединяет более 50 тыс. компьютерных сетей, его использование привело к новому распространению и обмену информацией по психотерапии и дало импульс для поиска новых форм психотерапии с учетом возможностей сети.

В настоящее время наибольшее распространение получили следующие системы, использующие Интернет в качестве транспортного средства: WWW (также World Wide Web, W3, «Всемирная паутина») — глобальная гипертекстовая система, дающая доступ к информации, на характер которой пользователь сети (user) может интерактивно влиять с помощью гипертекстовых ссылок, позволяющих переходить от одного документа к другому независимо от их удаленности и по мере необходимости. Документы в WWW могут быть не только текстовыми, графическими, но и программными, в которые пользователь может вводить свои данные, что делает эту систему интересной не только в качестве источника информации, но и перспективной для тестирования, *тренингов* и пр.

Chat — текстовый или разговорный диалог двух и более пользователей в реальном времени. Позволяет проводить не только индивидуальную, но и *групповую психотерапию* с сохранением высокого уровня анонимности. Психотерапия с использованием chat в настоящее время проходит экспериментальную разработку, ведутся суппортивные группы и группы личностного роста.

E-mail — электронная почта, система быстрой передачи текстовых и звуковых сообщений между компьютерами (по сравнению с обычной почтой), применима в психотерапии. В качестве *обратной связи* используется не только субъективная информация респондента, но и результаты ее семантического анализа. Кроме высокого уровня анонимности дает пациенту время на обдумывание, редактирование, а значит, для дополнительной когнитивной работы над проблемой по сравнению с общением в реальном времени. В настоящее время психотерапия с использованием электронной почты существует на экспериментальной основе.

Usenet — система так называемых «телеконференций», или «группы новостей». Своего рода групповая переписка, растянутая во времени (сообщения задерживаются в каталоге от 5 до 30 дней) с доступом всех пользователей. Каталог представляет собой очень широкий, постоянно пополняемый

тематический список. Пользователь, выбравший интересующую его тему (подписавшийся на группу новостей), приобретает доступ к другому списку названий сообщений, упорядоченных по времени и взаимосвязям (иерархии); выбрав название, он получает текст сообщения или может добавить свое. Usenet из-за своего удобства в настоящее время развивается как особое средство распространения и обмена информацией не только между психотерапевтами-практиками и исследователями, но и пациентами, потенциально заинтересованными в обращении к психотерапии, а также имеющими опыт лечения.

Наряду с новыми возможностями, такими как исключительная анонимность не только индивидуальной, но и групповой работы, безграничная доступность, в Интернет-психотерапии существуют следующие проблемы:

- этические, так как психотерапевтическая помощь по сети Интернет рождает специфические, еще не достаточно изученные риски, возможность хакерского вмешательства в переписку и т. д.;
- юридические, связанные с тем, что Интернет — всемирная сеть, выходит за рамки государства, национального законодательства, регламентирующего медицинскую помощь;
- методологические — из-за ограниченных возможностей в диагностике в связи с недостаточной обратной связью, ее в основном текстово-ориентированным характером; необходима дальнейшая разработка принципиально новых, адаптированных для применения в Интернете методик психотерапевтической помощи.

См. также *Психотерапия по электронной почте Кузнецова.*

**ПСИХОТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ.** Реабилитация является системой государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду. Реабилитация представляет собой сложный процесс, в результате которого у пострадавшего формируется активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное восприятие жизни, семьи и общества.

Концепция реабилитации включает и профилактику, и лечение, и приспособление к жизни и труду после болезни, и личностный подход к больному человеку. В настоящее время принято различать медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию.

Реабилитация психически больных (Кабанов М. М., 1978; Воловик В. М., 1979; Кабанов М. М., Вайзе К., 1980, Вид В. Д., 1993, и др.) имеет свои особенности, которые связаны в первую очередь с тем обстоятельством, что при психических заболеваниях, как ни при каких других, серьезно нарушаются социальные связи и отношения. Личность больного в целом, его социальные связи страдают с самого начала психического заболевания, личность, а не только отдельные функции (моторные, речевые и др.), на нарушения которых уже вторично больной может дать и, как правило, дает реакцию. Снятие и коррекция личностной реакции происходят в зависимости от успеха «основного» комплекса мероприятий, направленных на восстановление (реституцию) или компенсацию нарушенных функций. Реабилитация психически больных понимается как их ресоциализация, как восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса. Основой всех реабилитационных мероприятий, всех методов воздействия является апелляция к личности больного. Реабилитация, по мнению М. М. Кабанова (1985), имеет свои основные принципы (партнерство, разносторонность усилий, единство психосоциальных и биологических методов воздействия, ступенчатость прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий) и этапы (восстановительная терапия, реадаптация, реабилитация в собственном смысле этого слова). Таким образом, реабилитация представляет собой одновременно цель — восстановление или сохранение статуса личности, процесс (имеющий нейрофизиологические и психологические механизмы) и метод подхода к больному человеку.

Наиболее адекватно целям реабилитации, направленным на восстановление личного и социального статуса больных путем опосредования через личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий, служит психотерапия. Изменение проявлений и течения психических заболеваний в сторону их смягчения и значительное расширение возможностей

психофармакологического лечения способствовало возрастанию роли и повышению эффективности психотерапевтического воздействия. При этом «точкой приложения» психотерапии, в отличие от биологических методов лечения, является не сам патологический процесс (хотя его зависимость от эмоциональных факторов и деятельности индивида бесспорна), а личность пациента и система его отношения к действительности. В этом (если исключить различия в структуре личности и психофизиологической реактивности) кроется общее и отличительное в психотерапии больных неврозами и психически больных.

В первом случае она нацелена в большей мере на причину болезненного состояния, в последнем — на соучастующие факторы и повышение адаптивных возможностей. Однако и там и здесь решаются сходные задачи реорганизации отношений и укрепления социальных позиций личности. Целесообразность применения при психических заболеваниях различных форм психотерапии (рациональной, суггестивной и др.) не вызывает сомнений. Однако *групповая психотерапия* во всех ее многочисленных вариантах рассматривается как наиболее адекватный метод реабилитации (ресоциализации) больных не только неврозами, но и психозами. Все большее распространение групповых форм психотерапии связывается, в частности, с растущим пониманием роли межличностных отношений как в развитии неврозов, других пограничных форм нервно-психической патологии, некоторых форм психозов, так и в их лечении. В условиях группы осуществляется одновременное влияние на все основные компоненты отношений — познавательный, эмоциональный и поведенческий; достигается более глубокая перестройка важнейших свойств личности, к которым относятся сознательность, социальность и самостоятельность. Групповая психотерапия больше, чем какой-либо другой метод психосоциального воздействия, способствует восстановлению системы отношений больных с микросоциальным окружением, приведению ценностных ориентации в соответствие с образом жизни, т. е. решению тех первоочередных задач, без которых невозможно успешное социальное функционирование пациентов. Можно выделить два вида групповых методов психотерапии и *социотерапии* в реабилитации психически больных.

1. Терапевтические процедуры, направленные на социальное поведение больного, его коммуникабельность, способность к самореализации, разрешению психологических и преодолению социальных конфликтов. Они проводятся, во-первых, в *психотерапевтических группах*, в которых изменение нарушенных способов поведения и переживания становятся непосредственно предметом обсуждения и сознательной рефлексии. Это группы, фокусированные на конфликтной проблематике больного (разговорные группы и группы проблемных дискуссий). Во-вторых, терапевтические группы, в которых взаимодействия между пациентами опосредованы совместной деятельностью и переживанием (занятия художественным творчеством, совместное прослушивание музыки и т. п.). Это группы, использующие тренировочные техники, игровые и творческие формы занятий (психомоторные, коммуникативные, группы арт- и *музыкотерапии*). Творческая организация свободного времени наряду с трудом также рассматривается как средство формирования личности. В-третьих, здесь должен быть упомянут бифокальный терапевтический подход, при котором объектом психокоррекционной работы наряду с больным становятся члены его семьи (*семейная психотерапия*).

2. Оптимальная организация социальной структуры коллектива пациентов, имеющая в основе так называемые средовые группы: совет и собрания больных, функциональные группы, коллективные экскурсии, клуб пациентов и т. п. Эти социально-терапевтические группы, ориентированные на социальную активацию больных и их приобщение к жизни в обществе, способствуют тренировке общения и прививают пациентам навыки адекватного поведения в семье и на работе. Они обеспечивают корригирующий социальный климат, позволяющий заново пережить межличностные связи.

Разграничение групповых методов носит в известной мере условный характер, что можно, в частности, проследить на примере коммуникативных групп. Активация и восстановление нарушенного общения больных в этих группах, с одной стороны, требуют тренировки и преодоления неуверенности в себе, с другой — выявления и разрешения личностной проблематики, затрудняющей эффективную реализацию функции общения.

С косвенной (невербальной) терапией в условиях совместной деятельности непосредственно смыкается терапия занятостью. Уже в занятия пантомимой могут включаться вербальные компоненты. Такое же промежуточное значение занимает методика психотерапевтического рисунка. С помощью



этих методов пациент получает возможность выражения своих переживаний, зачастую трудных для воспроизведения.

Вопрос о соотношении индивидуальной и групповой психотерапии может решаться по-разному в сторону интенсивности той или другой. Индивидуальная работа с больным важна для выявления его основной внутри- и межличностной проблематики, формирования мотивации к эффективному участию в групповых занятиях, коррекции реакций на ситуации группового взаимодействия. Во всех этих случаях она служит ценным дополнением групповой психотерапии и социотерапии и необходимой предпосылкой их продуктивности.

В зависимости от стадии развития, типа течения и формы психического заболевания меняется соотношение сомато-биологических (собственно процессуальных) и индивидуально-психологических факторов в формировании картины болезни, по-разному ущемлены способности больного к самореализации и к установлению адекватных и межличностных отношений. Соответственно должно меняться не только место психосоциальных методов в структуре восстановительного лечения, но и сами методы, так же как и те конкретные задачи, которые при этом ставятся. Так, например, в препсихотическом периоде шизофрении, на выходе из затяжного депрессивного состояния в периоде становления ремиссии личностные реакции и изменение системы отношений к действительности (в том числе и вызванные порочными формами психологической компенсации) могут определять состояние и особенности социальной адаптации пациентов. *Психотерапевтическое вмешательство* приобретает в подобных случаях патогенетический характер и требует включения методов, способствующих раскрытию и *осознанию* больными сущности и источников конфликта, с одной стороны, и поиску путей его рационального разрешения — с другой. Иными словами, необходимо достижение тех же целей, что и в психотерапии неврозов, с той лишь разницей, что оно не устраняет процессуальной основы болезни. Групповая психотерапия больных с выраженными проявлениями дезинтеграции личности, сниженной психофизиологической и психосоциальной толерантностью на поздних этапах развития процесса имеет иную направленность.

Все это определяет необходимость дифференциации задач групповой психотерапии и соответствующих им методов и одновременно служит основанием для комплексного избирательного использования различных приемов. Выделены несколько уровней такого рода задач:

- 1) эмоциональная стимуляция, социальная активация и налаживание коммуникаций;
- 2) выработка адекватных стереотипов поведения в трудных ситуациях, тренировка общения и повышение социальной уверенности;
- 3) формирование правильного представления о болезни и нарушениях поведения, коррекция установок и отношений и оптимизация общения;
- 4) раскрытие содержательной стороны психологического конфликта, перестройка системы отношений и нахождение адекватных форм психологической компенсации.

Наряду с этими общими задачами в ходе психотерапии могут решаться и другие, более частные. Их конкретизация требует многомерного учета сомато-биологического, психологического и социального компонентов функциональной недостаточности и ее динамики, в связи с которой могут меняться первоначально сформулированные задачи психотерапии.

Лечебные цели психотерапевтической работы достижимы лишь тогда, когда в достаточной мере учитывается активность патологического процесса, психическое состояние больного, его личность, особенности его непосредственного социального окружения, его доступность санации и индивидуальные жизненные условия, которые в совокупности определяют его реальные возможности. В зависимости от этого должен решаться, особенно в группе психотических больных, непростой вопрос о допустимой глубине вмешательства в сферу значимых отношений и о перестройке неэффективных, но сложившихся форм психологической компенсации. Практика дает немало примеров срыва адаптации и обострения болезненного состояния (вплоть до появления суицидальных тенденций) при неразумном вскрытии и обсуждении психологических проблем, имеющих неразрешимый для пациента характер.

Таким образом, психотерапия и социотерапия (так же, впрочем, как фармакотерапия, трудовая терапия, терапия занятостью и др.) не могут рассматриваться альтернативно в системе реабилитации психически больных. Они составляют единый комплекс психосоциальных методов, сочетанное применение которых на клинически дифференцированной основе является решающей предпосылкой

достижения эффективного социального и трудового восстановления пациентов и оптимизации их личностного развития. Можно говорить лишь о смещении акцента в сторону психотерапии на различных этапах реабилитации.

Широко распространено мнение, что применительно к неврозам проблемы реабилитации как таковой не существует, так как психотерапия по своим целям идентична реабилитации и с ее помощью можно решить весь комплекс реабилитационных задач. Справедливо это положение лишь по отношению к *личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова*, в особенности к групповой ее форме, направленной на реконструкцию нарушенных отношений личности, а вместе с тем и на восстановление здоровья и полноценного социального функционирования больного. Здесь действительно психотерапия и реабилитация сливаются в единый процесс. Однако поскольку в реальной практике помощь больным неврозами оказывается зачастую путем применения одних лишь симптоматических методов, то при тяжелых, затяжных формах неврозов и невротических развитиях вопросы реабилитации приобретают особое значение и должны быть постоянно в поле зрения врача.

Описанные выше общие принципы реабилитации больных с нервно-психическими заболеваниями и роль в ее осуществлении методов психотерапии оказали существенное влияние в последние десятилетия на разработку и внедрение реабилитационных программ практически во всех областях медицины. Цели, задачи и конкретное их содержание определяются особенностями клинических проявлений болезни, ее течением, прогнозом, соотношением биологических, психологических и социальных механизмов в возникновении и развитии патологических расстройств.

См. также *Психотерапия при соматических заболеваниях, Психотерапия в неврологии, Психотерапия в геронтологической практике*.

**ПСИХОТЕРАПИЯ И РЕЛИГИЯ.** Со времен первобытного общества медицина и религия были связаны между собой, поскольку во многом именно страдание (болезнь) сформировало у человека религиозное чувство, мысль о Боге. Боги посылают болезнь, и только они могут избавить от нее. Посредником между больным и Богом в эпоху первобытных культур являлся жрец или шаман. Весь жизненный уклад народов, находящихся на низших ступенях общественного развития, их обычаи, ритуалы, приемы воспитания давно уже стали предметом пристального внимания этнологов, психиатров, психотерапевтов и ученых других специальностей и могут служить примером влияния шамана как представителя религии на психическое здоровье своих соплеменников. Изучение традиционных ритуальных празднеств, а также приемов, используемых шаманами в примитивных культурах в самых различных частях света, показало, что за внешне дикой и нелепой формой, в которой они осуществляются, скрывается глубокое содержание, имеющее не только психотерапевтическое, но и психопрофилактическое значение, причем последнее, по-видимому, даже чаще, чем первое.

Современная психотерапия лишь недавно оценила достоинства групповых методов, а между тем в культурно отсталых обществах коллективный характер психотерапевтической практики является едва ли не самой главной отличительной чертой (Семичов С. Б., 1975). На сеанс камлания к шаману, кроме самого пациента, собираются все его домочадцы и другие члены сообщества. Они не просто присутствуют в качестве зрителей, но активно вовлекаются в терапевтический процесс, усваивают толкования шамана, который путем суггестии, оперируя приемами из народного эпоса, добивается перестройки взаимоотношений между членами семьи, предписывает всем и каждому нормы поведения, формирует новую систему ценностей. Более того, так как «злые духи» иногда наказывают не самого виновного, а его родственников и соплеменников, то это значит, что все находятся в ответе друг за друга, и поэтому выздоровление каждого становится делом, в котором все кровно заинтересованы. Ярко выраженный групповой характер носят и различные ритуальные торжества, обычно знаменующие вступление человека, группы лиц или всей общины в какой-то ответственный, кризисный период жизни (церемонии инициации подростков, свадьбы, оргиастические праздники, начало охоты или войны и т. д.).

Важной особенностью психотерапии в широком понимании этого термина в первобытном обществе является то, что представления о болезнях как результате магического воздействия, используемые шаманом в его толкованиях, понятны окружающим, так как полностью соответствуют их уровню развития, собственной картине мира, что делает людей восприимчивыми к

психотерапевтическому влиянию. Другой характерной чертой является значительная эмоциональная вовлеченность в терапевтический процесс всех участников, которые отдаются ему полностью, нередко доходя до экстаза. Наконец, третья особенность состоит в отсутствии какого-либо скепсиса: как шаман, так и все остальные участники охвачены фанатичной верой в успех всего мероприятия. Полное совпадение ожиданий шамана и пациентов — одна из отличительных черт подобного партнерства. Все это — и общая для всех участников группы система ценностей, и эмоциональная вовлеченность, и вера в успех — рассматривается и современной психотерапией как необходимые условия, во многом определяющие ее результативность. А высокая степень эффективности магической практики вряд ли вызывает сомнения. В силу того что в первобытном обществе психическое не противопоставляется соматическому, психотерапевтический, «медико-психологический» подход имеет место и при соматических заболеваниях, причем и здесь он оказывается весьма результативным. Одна из причин результативности психотерапии шамана в том, что он чаще имеет дело с теми соматическими заболеваниями, при которых диапазон функциональных нарушений достаточно широк.

В ряду ритуальных праздников, имеющих психопрофилактическое значение, описаны такие, во время которых периодически допускается отступление от некоторых общепринятых правил общежития и свободное выражение эмоций, не сдерживаемое запретами, действующими в другое время. Обычаи, санкционирующие такую непосредственную реализацию желаний, расцениваются современными исследователями как выполняющие функцию «целебного регресса». В особо критические для общины периоды совершается обряд «изгнания зла», когда люди вооружаются палками и с воодушевлением, объединившись, гонят воображаемого злого духа, сбрасывая его с обрыва, в воду и т. д. В результате достигается сплочение всего коллектива, а заодно «изгоняются» подавленные тревога и гнев, после чего «люди дышат легче, спят спокойнее и становятся здоровее». Нередко отдушиной, способом отреагирования нежелательных эмоций служат ритуалы, во время которых участники выступают в чужой роли, надев маски и т. д. Все эти обычаи трактуются современными исследователями как своеобразные формы *катарсиса*, или отреагирования. Однако существуют также ритуалы, назначение которых состоит в том, чтобы, напротив, повышать толерантность к фрустрации, воспитывать сдержанность. К таковым в известной мере может относиться и процедура исповеди и прощения. При этом исповедь адресуется не столько к шаману, сколько к потерпевшим соплеменникам больного. Сюда же можно отнести и обычай укладывать подростков, проходящих инициацию, в одну постель с женщинами, где они обязаны соблюдать сдержанность.

Своеобразным обычаем, широко распространенным среди многих примитивных народов, является ритуал «козла отпущения». Во время этой церемонии, совершаемой, например, в период засухи, голода или эпидемии, «козел отпущения», которым может оказаться либо животное (обезьяна, корова), либо даже человек, берет на себя всю вину, все злодеяния соплеменников и приносит себя в жертву. Ритуал «козла отпущения», так же как исповедь, способствует снижению уровня тревожности, усиливая «психологические защитные механизмы».

Особый психотерапевтический прием представляет собой так называемое «исцеление через посвящение», когда пациент обнаруживает в себе призвание целителя и в процессе последующего обучения, а затем самостоятельной практики постигает механизмы собственного первоначального заболевания. Психотерапевтическим приемом, недавно открытым исследователями у маори, народа Новой Зеландии, явилась практика временного отшельничества, абсентеизма, к которой туземцы издавна прибегают для восстановления здоровья в состоянии упадка.

То, что ритуалы встречаются во всех примитивных культурах и обычно носят групповой характер, безусловно свидетельствует о жизненно важном значении и того и другого для существования коллектива. Смысл приуроченности обрядов к особо ответственным моментам в жизни человека (например, при вступлении в новую социальную роль) состоит в сведении к минимуму глубины и продолжительности внутреннего конфликта, связанного с таким важным шагом. Роль группы в данном случае заключается в том, что она освобождает человека от груза принятия решения. После психологической обработки индивид возрождается и вступает в ином качестве в совершенно новую жизнь. Коллективный характер ритуалов усиливает чувство безопасности каждого человека через отождествление с группой, включающей не только живых, но также и умерших и обожествленных предков.

Все это указывает на то, что в первобытных культурах существовало определенное «понимание» механизмов возникновения нарушений психического здоровья и были известны способы его поддержания и укрепления. Религия в этом играла ведущую роль.

В дальнейшем сформировались два противоположных подхода к объяснению происхождения болезней и их лечению. Приверженцы первого стремились объяснить причину болезни с эмпирически-рациональных позиций и применять соответствующие каузальные виды терапии. Сторонники религиозно-магического подхода искали причины патологии в сверхъестественных силах и применяли иррациональные лечебные методы, которые основывались на псевдонаучных гипотезах. Оба этих подхода противостоят друг другу до сих пор. Жители и городов и деревень зачастую больше верят собирателю трав и колдуну, чем имеющему надлежащее образование врачу, потому что первые рассматривают свои лечебные функции как искусство, а не как науку. Одаренный целительской силой шаман иногда при лечении психозов (например, психогенной природы) достигает больших успехов. В течение столетий люди населяли мифы, сказания, религиозные верования существами, которые обладают сверхъестественной силой и всегда влияют на воображение человека и его фантазии.

Источники магического мышления (Kosova Z., Hausner M., 1979) различны, а именно: бегство из реальности в вымышленную жизнь; богатая фантазия; жажда необычных, сверхъестественных переживаний и впечатлений; стремление к объяснению различных феноменов; ложная интерпретация ранних периодов развития человечества; страх перед сверхъестественными силами и желание заручиться их защитой; объяснение различных явлений влиянием воздействий со стороны человека; стремление достичь счастья с помощью магии и сохранить его для себя; стремление познать будущее и обеспечить себе благополучие в делах и избежать несчастья; прорицательство с истолкованием символов счастья и предостережения; колдовство — создание символов власти, которые могли бы изменить жизненный путь колдующего в его пользу, а врагов покарать и уничтожить; стремление к бессмертию, к вечной молодости или хотя бы к долгой жизни; надежда на необычное, сверхъестественное разрешение проблем; тенденция к претворению в жизнь преданий и вымыслов, а также к внедрению их в сознание детей; стремление к справедливости, вознаграждению добрых и наказанию злых либо здесь, на земле, либо после смерти; корыстолюбие и умышленный обман.

Проявлению магического мышления способствуют следующие переменные: психические и психопатологические процессы; врожденные эйдетические способности; *внушение* и внушаемость; не критичность и легковерность; переоценка традиций и традиционного мышления и верований; нарушения памяти; мечты наяву и их случайные совпадения с реальными событиями; поверхностное мышление; кататимное и аналогизирующее мышление, неадекватная мыслительная символика, суждения *постфактум* и на основании отдельных, единичных фактов, эмоциональные, а не объективные аргументы; нарушения ориентировки в представлениях о ценностях, ошибочная переоценка.

Как указывалось выше, элементы *групповой психотерапии* существовали уже в примитивных древних обществах, и при их изучении подчеркивается значение обычаев и ритуалов. В настоящее время их исследованием занимаются не только этнология и этнография, но также социология, культурантропология, психология, психиатрия, психотерапия и другие научные дисциплины. Показано, что примитивное общество представляло собой первую модель психотерапевтического сообщества, а многие лечебные факторы и технические приемы, использовавшиеся в нем для укрепления психического здоровья, осознанно или неосознанно применяются и в современной психотерапии. В 80-х гг. нынешнего столетия в Чехословакии для лечения психозов использовались некоторые из подобных методов психотерапевтического воздействия: *социодрама* в рамках ритуальных праздников; *психодрама* и *психомелодрама* при психозах; театр кукол (марионеток) при психозах (см. *Этнотерапия Гауснера и Кочовой*).

Вопросов соотношения П. и р. касались в своих работах многие известные исследователи: Юнг (Jung C. G.), Мей (May R.), Фромм (Fromm E.), Франкл (Frankl V. E.) и др. По мнению последнего, религия — это один из феноменов, с которым сталкивается психотерапия. В принципе для психотерапии религиозность и атеизм — сосуществующие феномены, и психотерапия обязана занимать по отношению к ним нейтральную позицию. Психотерапия должна применяться по отношению ко всем больным, верующим или неверующим, любым психотерапевтом вне зависимости от его мировоззрения.

Другими словами, для психотерапии религия может быть лишь предметом, но не почвой, на которой она стоит. Считая этой почвой медицину, Франкл полагает, что ее необходимо разграничивать с теологией.

Цель психотерапии — исцеление души, цель же религии — спасение души. Если, однако, религию, согласно ее исходной направленности, мало волнуют и заботят такие вещи, как выздоровление или предупреждение болезней, тем не менее — не намеренно — она оказывает психогигиеническое и даже психотерапевтическое действие. Это происходит благодаря тому, что она дает человеку беспрецедентную возможность, которую он не в состоянии найти где-либо еще: возможность укрепиться, утвердиться в трансцендентном, в абсолютном. В психотерапии также можно зафиксировать аналогичный непреднамеренный побочный эффект, поскольку в отдельных случаях отмечается, что пациент в ходе психотерапии возвращается к давно утраченным источникам изначальной, подсознательной, вытесненной религиозности. Однако, хотя такое и случается, психотерапевт не вправе ставить себе такую цель. Ведь в этом случае он объединяется с пациентом на почве общей веры и действует исходя из этого, но при этом уже с самого начала обращается с ним не как с больным.

Религию в психотерапии необходимо учитывать по одной простой причине: логос в *логотерапии*, по Франклу, подразумевает смысл. Человеческое бытие всегда стремится за пределы самого себя, всегда устремляется к смыслу. Тем самым главным для человеческого бытия является осуществление смысла. Если психотерапия будет рассматривать феномен веры не как веру в Бога, а как более широкую веру в смысл, то в принципе она вправе включить феномен веры в сферу своего внимания и заниматься им.

**ПСИХОТЕРАПИЯ И ФАРМАКОТЕРАПИЯ.** Все более широкое признание в медицине и здравоохранении биопсихосоциальной модели болезни заостряет вопрос о соотношении биологических (прежде всего фармакологических), психологических и социальных воздействий в системе лечения различных заболеваний.

В самом общем плане можно говорить о двух предпосылках широкого и действенного применения психотерапии. Во-первых, это прямое использование ее лечебного эффекта при обширном круге заболеваний, в этиопатогенезе которых психологическому фактору принадлежит определяющая (неврозы) или весьма существенная роль (другие пограничные нервно-психические расстройства, психосоматические нарушения). Во-вторых, ее лечебно-профилактическое значение с учетом психосоциальных реакций на соматические, психические и другие болезни и их последствия, влияния специфических соматопсихических расстройств на психологическое функционирование индивида, его поведение и пр.

Однако наряду с методами психотерапии при указанных расстройствах широко применяются и фармакологические, в особенности психотропные, средства. Это объясняется, с одной стороны, несомненными успехами фармакологии, а с другой — невозможностью в настоящее время удовлетворить потребность в квалифицированной психотерапевтической помощи всех, кому она показана и для кого может быть эффективной, прежде всего из-за больших затрат времени. Напротив, лекарственные препараты широкодоступны, отличаются высокой избирательной активностью и быстротой действия.

С тезисом о том, что использование фармакологических препаратов при ряде заболеваний, в особенности при неврозах и других пограничных с ними нервно-психических и психосоматических расстройствах, является капитуляцией психотерапевта перед больным, в настоящее время согласны далеко не все специалисты. Исследование, проведенное членами Американской психоаналитической ассоциации, показало, что 60% врачей для лечения части своих пациентов наряду с *психоанализом* применяют лекарства.

Хотя фармакотерапию и продолжают рассматривать как основной фактор медико-биологического вмешательства, подчеркиваются ее прямые и опосредованные психотерапевтические эффекты. Фармакотерапия содействует психотерапевтическому процессу через реализацию своей специфической биологической активности. Последняя может быть полезной при установлении контакта с больным, для укрепления терапевтической связи, демонстрируя пациенту компетентность врача. Путем ослабления симптомов фармакотерапия может устранить преграды на пути эффективного

терапевтического общения, увеличивая степень свободы при изучении пациентами скрытых психологических конфликтов. Лекарственная терапия путем разрушения симптоматических барьеров может способствовать усилению психологических изменений и интеграции нового понимания в повседневную жизнь.

Фармакотерапия воздействует на пациента также посредством плацебо-эффекта. Однако в данном случае речь идет не о традиционном его понимании. Шапиро и Моррис (Shapiro A., Morris L., 1978) рассматривают в качестве плацебо-эффекта любую фармакотерапию или компонент терапии, которые намеренно применяются из-за их неспецифического психологического, психофизиологического эффекта или из-за их предполагаемого эффекта, но без целенаправленного влияния на механизмы болезни. Хотя лекарства, несомненно, применяются против специфических нарушений, они не всегда эффективны, так как диагностические показания не вполне ясны или точны. В тех случаях, когда фармакологическое воздействие не приводит к желаемому симптоматическому облегчению, эффект плацебо от применяемых лекарств может быть использован для дальнейшего терапевтического процесса. Например, переговоры с пациентом о значении лекарства могут заложить основание, на котором строится терапевтическая связь.

Как отмечает Бейтман (Beitman B. D., 1981), фармакотерапия может усилить реакции *переноса* аналогично тем, которые имеют место без лекарственной терапии. Требование пациента о назначении медикамента может выявить лежащие в глубине зависимые или иные переносные взаимоотношения точно так же, как переговоры о лекарствах могут способствовать выявлению характерных особенностей, имеющих место при других межличностных отношениях. Лекарственные предписания могут помочь в понимании ключевых динамических процессов, относящихся к *сопротивлению*, *переносу*, *контрпереносу*, и в целом содействовать изменениям в процессе работы.

Ниже рассматриваются особенности соотношения психотерапии и фармакотерапии при трех группах заболеваний — неврозах, психосоматических расстройствах и психозах с учетом различной представленности в их патогенезе биологических и психосоциальных воздействий и той роли, которую приобретает в их лечении современная психофармакологическая терапия.

Последовательное рассмотрение неврозов как основной группы психогенных заболеваний определяет и ведущий метод их лечения, а именно *каузальную психотерапию*, в то время как фармакотерапия, в том числе с помощью психотропных средств, оказывает при неврозах преимущественно симптоматический эффект. Действие этих препаратов разворачивается на относительно более низких уровнях механизмов развития невротических состояний, пока еще далеких от тех, к которым, по сути, и обращена личностно-ориентированная психотерапия.

Хотя психотропные средства воздействуют скорее на эмоциональное состояние и лишь опосредованно через него — на патогенные обстоятельства и личность, тем не менее существует ряд положительных сторон их действия, о которых уже говорилось выше. В отличие от сторонников тезиса о капитуляции перед большим неврозом в случае активного использования психотропных средств их противники, не противопоставляя психотерапии фармакотерапию, видят основное назначение последней в том, что она «открывает двери для психотерапии». Даже кратковременное симптоматическое улучшение состояния в начале лечения способствует психотерапии, в частности повышая веру больного в выздоровление. Психотропные средства, оказывая нормализующее влияние на эмоциональную сферу больных, создают условия для быстрого включения и более конструктивного участия индивида в разрешении психотравмирующих ситуаций, вызвавших невротическую декомпенсацию и поддерживающих ее. Таким образом, система психотерапевтических и фармакотерапевтических воздействий может служить той основой, которая обеспечит наилучшие условия для устранения невроза, соотношение же этих компонентов должно определяться с учетом конкретных обстоятельств. Чем более выражены в сложном патогенезе невроза биологические механизмы, тем большее значение приобретает фармакотерапия. Вместе с тем при всей важности и перспективности биологических видов лечения последние, особенно при неврозах развития, уступают психотерапии, решающей стратегические задачи достижения более длительного и устойчивого терапевтического результата. Это не исключает того положения, что при достаточном знании патогенеза невротического состояния и целенаправленном применении психотропных средств для воздействия на те или иные его звенья действие фармакологических веществ, по крайней мере в

отношении отдельных симптомов и синдромов, может приближаться к патогенетическому.

Необходимо указать на ряд общих особенностей действия психотропных средств при неврозах (Тупицын Ю. Я., 1973; Карвасарский Б. Д., 1990; Александровский Ю. А., 1993). В связи с задачами лечебной практики представляется важным рассмотрение высокой чувствительности больных неврозами к психотропным средствам в двух планах — биологическом и психологическом. Повышенная чувствительность лиц, страдающих истерией, неврастениями и другими формами неврозов, к химическим, а также физическим раздражителям вследствие нарушения при неврозах кортико-гипоталамо-гипофизарных связей хорошо известна. С одной стороны, это обстоятельство диктует необходимость установления оптимальной дозировки психотропных средств, начиная с самых минимальных доз, что особенно существенно при назначении производных фенотиазина: левомепромазина (тизерцина), тералена, френолона и др. С другой стороны, врач должен детально знать психические и сомато-вегетативные сдвиги, вызываемые применяющимися психотропными средствами, с тем чтобы заранее предупредить о них больного и избежать его негативных психологических реакций. Упущение из виду этого обстоятельства нередко «компрометирует» психотропные препараты, что создает серьезные психотерапевтические трудности для их применения, в том числе и в тех случаях, когда назначение их безусловно показано.

Проведение сочетанной психотерапии и фармакотерапии у больных неврозами требует учета как положительных, так и возможных отрицательных аспектов их взаимодействия (Полторак С. В., 1999). Фармакотерапия может оказывать неспецифическое воздействие, косвенно потенцирующее психосоциотерапевтические мероприятия. Психотропные препараты, уменьшая аффективные и сенсорные расстройства, способствуют успокоению больного, повышению его веры в правильность диагноза и терапии, установлению оптимального контакта с врачом. Кроме того, ослабление интенсивности симптоматики позволяет врачу в процессе психотерапии сосредоточить внимание пациента на обсуждении его невротических проблем, а не симптомов болезни. Реакция больного на фармакотерапию часто становится тонким индикатором эмоциональных взаимоотношений его с психотерапевтом. Пациент может подавлять в себе неудовлетворенность врачом, но она проявится в характере несвойственного данному препарату побочного действия или даже в восприятии пациентом седативного средства как стимулирующего, и наоборот.

В клинике неврозов необходимо учитывать исходную установку больного на фармакотерапию. Некоторые считают лекарственные средства, особенно новейшие, обязательным условием своего выздоровления. Отрицательное отношение других обусловлено рядом причин: отсутствием результата от применявшихся ранее препаратов, боязнью побочных действий, даже минимальных изменений самочувствия, вызванных лекарствами. Нередко источником негативного отношения больных неврозами к лекарственным препаратам является неправильная информация, полученная от других пациентов, среднего медицинского персонала или при чтении аннотаций, на основании чего делается вывод, что психотропные средства применяются только при психозах — шизофрении, маниакально-депрессивном психозе и других психических заболеваниях. Адекватная психотерапевтическая коррекция, нередко с компонентами прямой или косвенной суггестии, является непременным условием последующего эффективного использования психотропных средств в общем комплексе лечения больных неврозами. Характер установки больных относительно психотерапии и фармакотерапии зависит также от типа внутренней картины болезни (Ташлыков В. А., 1986). При сомато-центрированном типе (представления больного сосредоточены на предполагаемых им соматических или церебральных причинах его болезни) пациент выше оценивает фармакотерапию, чем психотерапию. У пациентов с психо-центрированным типом внутренней картины болезни (происхождение невроза связывается больным с психической травматизацией) психотерапия рассматривается ими как ведущий метод лечения. Установка на фармакотерапию, как правило, сочетается со склонностью больных избегать ответственности и самостоятельности в разрешении своих трудностей, она может быть обусловлена такими личностными позициями больных неврозами, как автономность и нежелание выносить на обсуждение свои внутренние проблемы, а также их стремление к проведению эффективной краткосрочной терапии. Задача психотерапевта — не следуя предпочтениям больных в отношении того или иного метода лечения, вместе с тем учитывать особенности этих установок в своей терапевтической тактике. Седативный и миорелаксирующий эффекты психотропных

препаратов могут быть использованы при *гипнотерапии и аутогенной тренировке*.

При проведении комплексной терапии неврозов, особенно их затяжных форм, врач нередко оказывается в затруднительном положении. В его поведении в противоречие могут вступить роли «психотерапевта» и «фармакотерапевта». Необходимость снятия остроты эмоционального реагирования пациентов в условиях проведения *групповой психотерапии* при раскрытии эмоциональной проблематики членов группы приводит к установке врача на отказ от активного применения психотропных средств. В то же время выраженность тревоги, фобических переживаний вегетативных кризов диктует необходимость использования современных психотропных средств и вегетативных гармонизаторов с учетом их высокой избирательной эффективности. В этих условиях выбор транквилизаторов с ограниченным седативным действием становится актуальным и позволяет избежать указанных затруднений.

Широкий диапазон современных психотропных средств и методов психотерапии дает возможность оптимально сочетать их в зависимости от клинической формы невроза, целей терапии и организационных форм лечебной помощи. Так, в *психотерапевтическом кабинете* общесоматической поликлиники и психоневрологического диспансера определяющее значение имеют кратковременность и интенсивность психотерапии и практически всегда — сочетание психотерапии с биологической терапией, прежде всего с психотропными средствами. В стационарной комплексной терапии тяжелых, затяжных форм неврозов с частой декомпенсацией больных (при наличии не только субъективно, но и объективно трудной жизненной ситуации) современные психотропные средства часто приобретают важное значение.

Хотя вопрос о совместимости психотерапии и современных психотропных средств все еще дискутируется, в целом отмечается тенденция к более активному дифференцированному применению их в клинике неврозов.

Выбор психотропного препарата в клинике неврозов производится с учетом характера ведущего синдрома, типа и этапа невротического состояния. В целом при остро возникающих, эмоционально насыщенных и мало связанных с личностью больного невротических проявлениях можно достичь больших терапевтических результатов, чем при вялотекущих, менее аффективно заряженных, длительных невротических состояниях, при которых отмечается «сплав» невротического с личностью больного, его отношениями, установками, тенденциями. Из всех основных психофармакологических средств — нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов, психостимуляторов — при неврозах наиболее широкое применение получили транквилизаторы, в основном производные бензодиазепина: диазепам (седуксен, валиум, апаурин, реланиум, сибазон), хлордиазепоксид (либриум, элениум, напотон), нитразепам (эуноктин, радедорм, могадон), оксазепам (тазепам, адумбран, нозепам), медазепам (рудотель, нобриум), лоразепам (ативан), феназепам, тофизопам (грандаксин). В лечебной практике используются также транквилизаторы, не являющиеся производными бензодиазепина, такие как мепротан (мепробамат, андаксин), триметоксазин (триоксазин), клобазам (фризиум), амизил (бенактизин), мебикар, фенибут и др. Под влиянием транквилизаторов в первую очередь уменьшается эмоциональная возбудимость и аффективная насыщенность невротических переживаний, нормализуется процесс засыпания и вегетативные функции, затем ликвидируются депрессивные расстройства, раздражительность и т. д. Помимо транквилизаторов при неврозах используются средства психостимулирующего (сиднокарб), нейролептического (так называемые малые нейролептики: френолон, тиоридазин (меллерил, сонапакс, терален) и антидепрессивного действия (антидепрессанты: амитриптилин, коаксил, тритико и др.). Традиционно при неврозах применяются лекарственные препараты общеукрепляющего действия (фитин, кальция глицерофосфат, липоцеребрин, глюкоза, инсулин, витамины), седативного (бромиды, валериана), стимулирующего (женьшень, пантокрин, китайский лимонник, элеутерококк, алоэ, ФИБС), вегетативные «гармонизаторы» (беллоид, беллатаминал). Арсенал этих средств постоянно пополняется: так, в последние годы при неврозах стали широко применяться церебролизин, ноотропы — аминалон, пирацетам (ноотропил), пиридитол (энцефабол), фенибут и др.

Применяя транквилизаторы, необходимо помнить о побочных явлениях и осложнениях (Александровский Ю. А., 1993). К их числу относятся, во-первых, миорелаксация, атаксия и связанные с ними жалобы на вялость, слабость, сонливость, неточность моторных реакций и др., затрудняющие



выработку необходимой ответственности и активное участие в системе психо- и социотерапевтических мероприятий, во-вторых, вероятность психологического привыкания к «защитному» анксиолитическому действию, опасение его лишиться и страх перед «жизнью без таблеток»; в-третьих, появление физической зависимости от транквилизаторов; в-четвертых, «парадоксальный» психотропный эффект — усиление тревоги, страха и психоаналептического действия.

Соотношение психо- и фармакотерапии при психосоматических заболеваниях (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астме и др.) определяется ролью биологических и психосоциальных факторов в их этиопатогенезе (Губачев Ю.М., Стабровский Е. М., 1981; Карвасарский Б. Д., Губачев Ю. М., 1981). Представляет интерес соотношение психотерапевтических и лекарственных воздействий при трех вариантах участия психического фактора в развитии данных заболеваний: «ситуационном» (первично-психогенном), «личностном» и «психопатологическом», описанных Ю. М. Губачевым.

При «ситуационном» варианте в центре психотерапии — особенности механизмов *психологической защиты*, выработка оптимальных форм реагирования в конфликтных ситуациях, характеризующихся абсолютной или относительной неразрешимостью. В связи со сложностью овладения оптимальной стратегией реагирования, требующей длительного психотерапевтического воздействия, целесообразно на первых этапах лечения смягчить патогенное действие эмоционального стресса с помощью психофармакологических средств, увеличивающих адаптационные ресурсы нервной системы. Однако недостаточность фармакологической коррекции эмоциональных расстройств, нежелательность и даже вред длительной редукции эмоциональной сферы требуют проведения дополнительных мероприятий, обеспечивающих защиту вегетативных систем вегетотропными средствами, блокирующими передачу избыточной импульсации на рецепторные аппараты внутренних органов. При втором, «личностном», варианте длительный гипертрофированный или извращенный тип психологического реагирования дисгармоничной личности является причиной развития хронического эмоционального стресса, роль которого в патогенезе психосоматических расстройств является общепризнанной. Наряду с *личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапией Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова*, а также психотерапией когнитивно-поведенческого плана таким больным показана психотропная и вегетолитическая медикаментозная терапия, смягчающая психоэмоциональное перенапряжение. При «психопатологическом» варианте важным элементом терапии является дифференцированная с учетом регистра психических расстройств психофармакотерапия; цели, задачи и приемы психотерапевтических воздействий в этом случае определяются с учетом таковых при психических заболеваниях.

Нейролептические средства при психосоматических заболеваниях (препараты фенотиазинового ряда: аминазин, трифтазин, тизерцин, эглонил и др.) следует назначать в условиях психомоторного беспокойства, наблюдающегося при остром инфаркте миокарда, церебральных сосудистых расстройствах и заболеваниях, приводящих к развитию острой гипоксии, а также при выраженном страхе и аффективной напряженности. Препараты этой группы потенцируют действие наркотиков, снотворных и анальгетиков, адренолитические, холинолитические и антигистаминные свойства, а также способность блокировать центральные механизмы лихорадочной реакции. Транквилизаторы, не оказывая антипсихотического действия, отличаются высокой степенью активности по отношению к симптомам психической дезадаптации (чувство страха, тревоги, психической напряженности). Представляют интерес данные об антигипоксическом действии препаратов бензодиазепинового ряда (Закусов В. В., 1976). Антидепрессанты и психостимуляторы показаны больным с депрессивными и астено-депрессивными расстройствами, они устраняют или снижают степень выраженности депрессивного аффекта, оживляют интеллектуальную деятельность, повышают работоспособность, снимают чувство усталости и пр.

Следует трезво оценивать возможности различных средств лечения на разных этапах становления психосоматической патологии. В функциональной, начальной стадии заболевания психотерапия и психофармакотерапия выполняют функцию основных, а нередко — и единственных методов лечения. Формирование органического соматического дефекта создает условия для аутокинеза патологического процесса и ограничивает эффективность психотропной терапии, сводя ее к сдерживанию дальнейшего развития болезни. Психотерапевтические воздействия в этом случае играют

симптоматическую роль. Это значит, что они в большей степени направлены непосредственно на функциональные «наслоения», на динамические симптомы и в меньшей степени на патогенетические механизмы развития болезни. При решении вопроса о применении психофармакологических средств при психосоматических заболеваниях для коррекции личностных реакций, уменьшения тяжести эмоциональных расстройств и профилактики дезадаптивных нарушений психической деятельности в условиях, требующих напряжения, необходим тщательный выбор психотропных препаратов, а также четкое определение их оптимальных доз (Александровский Ю. А., 1976; Райский В. А., 1988, и др.).

Проблема соотношения фармакотерапии, выступающей в качестве ведущего метода лечения при эндогенных психозах, и психотерапии приобретает все большее значение по мере развития реабилитационного направления в психиатрии (Кабанов М. М., 1985, и др.).

Благодаря фармакологическому ослаблению психотических симптомов, дезактуализации бредовых и других психопатологических образований удастся быстрее установить терапевтическую связь с пациентом. Укрепление подобной связи, перерастание ее в *психотерапевтический контакт* с больным способствует созданию у пациента правильного отношения к лекарственным средствам. Известно, что настороженное, а подчас и негативное восприятие больными используемой терапии, возникшее на фоне каких-либо побочных эффектов фармакологических воздействий, в дальнейшем может зафиксироваться и явиться причиной негативной установки на фармакотерапию вообще, что затрудняет проведение лечения в целом и поддерживающей терапии в особенности.

В настоящее время многими специалистами разделяется положение о том, что методами психотерапии можно стабилизировать антипсихотическое действие психофармакологических средств, упрочить их противорецидивный эффект, а также в случае уменьшения эмоционально-аффективного напряжения психотических пациентов методами психотерапии снизить дозировки психотропных препаратов.

Р. Я. Вовин и И. О. Аксенова (1982) обращают внимание, что при терапевтически резистентных затяжных депрессивных состояниях помимо истинной резистентности, связанной с индивидуальными особенностями фармакокинетики (всасывание, распределение, метаболизм, выделение), а также особенностями психопатологического процесса, существенное значение в некоторых случаях могут приобретать тормозящие влияния личностно-психогенных образований. Эти больные нуждаются в одновременно проводимой квалифицированной психотерапии.

Следует указать также на дополнительный диагностический аспект соотносительной эффективности фармако- и психотерапии при нервно-психических заболеваниях. В клинике нервных болезней на этот факт обратил внимание известный психотерапевт К. И. Платонов. Выраженная эффективность нейролептиков и антидепрессантов у больных с такими распространенными психопатологическими синдромами, как тревожно-депрессивные и обсессивно-фобические, при их резистентности к другим видам лечения, включая психотерапию, должна настораживать в отношении эндогенной природы заболевания.

См. также *Психотерапия при психозах, Психотерапия при соматических заболеваниях*.

**ПСИХОТЕРАПИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЗАВИСИМОСТИ.** Лекарственная зависимость развивается при повторном периодическом или длительном применении препаратов, наносящих вред принимающему его лицу, а нередко и обществу. У такого индивида появляется непреодолимое желание или потребность принять препарат, а в случае воздержания от него наступает болезненное состояние (синдром отмены, или абстиненция).

Лекарственная зависимость включает три основные составляющие:

- 1) эмоциональная (психическая) зависимость, которая появляется вначале и характеризуется общей эмоциональной лабильностью при воздержании от приема препарата;
- 2) физическая зависимость, которая следует за эмоциональной и проявляется в нарушениях физиологического состояния при воздержании от приема препарата;
- 3) толерантность, развивающаяся по отношению ко многим препаратам, в том числе и не вызывающим зависимости.

Попытки дифференцировать длительное регулярное применение препаратов без медицинских показаний на две категории (наркоманию и привыкание) оказались безуспешными. Наркоманию определяли как состояние, при котором желание принять препарат непреодолимо и сопровождается

психической и физической зависимостью, оно губительно как для личности, так и для общества. Привыкание к препарату описывали как желание, при котором зависимость носит психический характер, что вредно только для конкретного лица. Но различия оказались несущественными, так как разграничить просто желание и непреодолимое желание часто невозможно, а отсутствие выраженной физической зависимости характерно для пристрастия к таким стимуляторам центральной нервной системы, как кокаин и амфетамин (фенамин), т. е. средствам, вызывающим наркоманию; к тому же вред, наносимый отдельной личности, трудно отделить от угрозы для всего общества.

Экспертный комитет ВОЗ по проблемам лекарственной зависимости предложил объединить определением «лекарственная зависимость» как наркоманию, так и привыкание. Различные формы лекарственной зависимости имеют общие проявления. Важными детерминантами развития зависимости являются особенности личности и социально-экономические условия, а также сам препарат и его доступность. Зависимость не представляет собой проблемы преимущественно фармакологической, так как нередко больные наркоманией заменяют предпочитаемое средство другим. Согласно рекомендации ВОЗ, лекарственную зависимость дифференцируют по принадлежности ее к ряду типов: морфиновому, барбитуратному, кокаиновому, алкогольному, никотиновому, смеси препаратов (например, барбитуратно-фенаминовая смесь, героино-кокаиновая смесь и др.).

Психотерапию проводят дифференцированно с учетом типа лекарственной зависимости, отражающего динамику развития ее основных компонентов (скорость формирования психической и физической зависимости от препарата) и личностных особенностей больных. При «больших наркоманиях» целесообразно применение гипносуггестивной методики в сочетании с глубокой психотерапией (Рожнов В. Е., 1979). Однако, по мнению автора, здесь недостаточно одного лишь *внушения*, основным средством становится «перевоспитывающая коррективная личность». В случаях привыкания к снотворным средствам (барбитуромании) В. Е. Рожнов рекомендует *гипнотерапию* по предложенной им методике удлиненных сеансов (1-1,5 часа); полезна гипнотерапия и для устранения расстройств сна, которые развиваются на фоне лишения пациентов снотворного. *Аутогенная тренировка* при «больших наркоманиях» малоэффективна, хотя у больных с барбитуратными наркоманиями этот вид терапии дает в отдельных случаях положительные результаты. Транквилизирующие приемы аутогенной тренировки, нормализуя сон, оказывают «замещающее» снотворное действие. Однако у некоторых наркоманов аутогенная тренировка провоцирует состояния, сходные с наркотическим опьянением, и обуславливает тягу к наркотику («псевдоабстинентные кризы», по И. Н. Пятницкой, 1966).

Все возрастающее внимание к личности наркомана, роли наркотика в его жизни и понимание того, что лекарственная зависимость является часто выражением личностных проблем пациента, обуславливают более активное использование *групповой психотерапии* в системе лечения наркомании. Такой метод лечения показан лицам, страдающим от лекарственной зависимости разных типов, особенно из-за постоянного чувства психического дискомфорта и наличия аффективных нарушений, которые не связаны непосредственно с состоянием абстиненции. Но контакт с этими больными, как правило, затруднен с самого начала, так как, опасаясь лишиться препарата (наркотика), они скрывают сам факт привязанности к нему. Положительный эффект групповой психотерапии больных с лекарственной зависимостью отмечен многими авторами. Но из-за указанных выше особенностей поведения наркоманов, при наличии выраженной недоверчивости пациента и затруднениях при налаживании контактов, групповой психотерапии нередко предшествует *индивидуальная психотерапия* в качестве подготовительного этапа работе в группе.

При лечении хронического никотинизма (табакокурения) как одного из типов лекарственной зависимости широко применяют различные методы *аверсивной терапии*, способствующие выработке условного рефлекса отвращения с помощью различных веществ (апоморфина, эметина, нитрата серебра, медного купороса и др.). В методике А. К. Поплавского (1959) заметная роль отводится гипносуггестивному воздействию. После погружения пациента в гипнотический сон ему внушается связь тошнотно-рвотной реакции и сильного кашля с табачным дымом; после этого пациенту предлагают курить в гипнотическом состоянии. В результате лечения у части пациентов вырабатывается непреодолимое отвращение к курению. Для более дифференцированной психотерапии (в связи с большим медико-социальным значением проблемы хронического никотинизма)

целесообразно различать два основных типа курения: 1) нефармакологический, его описывают в двух формах (психосоциальной, которая отражает стремление пациента к самоутверждению, достижению социального доверия, признания; и сенсорно-моторной, когда процесс курения приносит удовлетворение курильщику), 2) фармакологический, он выделяется в трех формах (потворствующей, с целью получить удовольствие; седативной, для облегчения состояния при стрессе; стимулирующей, для сохранения концентрации внимания в напряженной ситуации). Учет специфических особенностей основных типов курения позволяет более эффективно, чем в случае аморфных представлений о никотинизме, осуществлять психотерапевтическое воздействие. Достаточно адекватна система стрессорно-аверсивной терапии (Андрух Г. П., 1979). В ее основе лежит трансформация условного рефлекса патологического влечения к никотину в естественный защитно-оборонительный условный рефлекс отвращения к нему. Эта переделка осуществляется путем аверсионного воздействия на первую сигнальную систему и психотерапевтического стрессорно-аффективного воздействия на вторую сигнальную систему пациента. Основное значение имеет стрессорно-аверсивная терапия, но играет роль и предшествующая психотерапевтическая подготовка (индивидуальная психотерапия, *рациональная психотерапия* в группе, гипнотерапия, аутосуггестия и др.).

В последние десятилетия, с внедрением в психотерапию современной видеотехники, лечение больных с лекарственной зависимостью можно проводить путем моделирования у них на основе видеозаписи новых форм поведения, которые исключают применение препаратов без медицинских показаний.

См. также *Метод мини-интервенции при злоупотреблении психоактивными веществами, Психотерапия злоупотребляющих лекарственными препаратами, Самомоделирование на основе видеозаписи, Терапевтические сообщества наркозависимых.*

**ПСИХОТЕРАПИЯ ЛИЧНОСТНО-СРЕДОВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО СОЛОЖЕНКИНУ.** Система личностно-средового взаимодействия состоит из четырех элементов: «реальные» личность и среда («реальное» личностно-средовое взаимодействие), «идеальные» личность и среда («идеальное» личностно-средовое взаимодействие). Последнее является системообразующим фактором, обуславливающим саморазвитие системы и запускающим механизмы психической адаптации, благодаря которым функционируют все элементы системы (Соложенкин В. В., 1989).

Личностно-средовое взаимодействие является адаптационным процессом, протекающим на трех уровнях: социальном, интрапсихическом и биологическом. Критерием эффективности системы является самоактуализация как трансформация «реального» личностно-средового взаимодействия на пути к «идеальному». Поскольку дистанция между ними всегда сохраняется, механизмы психической адаптации «сглаживают» чрезмерную выраженность тех маркеров, которые свидетельствуют о нарушении гомеостаза. Такими маркерами являются: на социальном уровне — дефицит социального одобрения или угроза порицания, на интрапсихическом — снижение самоуважения, на психофизиологическом — тревога. Поэтому первый принцип психотерапии в рамках концепции личностно-средового взаимодействия — ориентация психотерапевтических воздействий на повышение уровня социального одобрения, самоуважения, что, в свою очередь, снижает интенсивность функционирования негомеостатических механизмов психической адаптации, и прежде всего *психологической защиты*. Основными регуляторами личностно-средового взаимодействия являются: контроль, открытость—закрытость, проекция—интроекция и механизмы психической адаптации, которые в условиях патологии направлены на удержание ригидных, дезадаптивных форм функционирования этих регуляторных механизмов.

Динамика психотерапевтического процесса включает: 1) диагностику различных форм обращения за помощью и заключение *психотерапевтического контракта* на базе принятия данных форм обращения за помощью как основного вида взаимодействия психотерапевта и пациента; это дает возможность больному и врачу оставаться на позиции субъекта контроля, не разрушая взаимодействия; 2) принятие модели личностно-средового взаимодействия пациента с сохранением права психотерапевта на предъявление других моделей, ведущих, на его взгляд, к оптимизации личностно-средового взаимодействия данного пациента; 3) восстановление нарушенных элементов личностно-средового взаимодействия (таких, как аутокоммуникация — психическая и телесная, коммуникация со средой), включающих экспрессивные и импрессивные компоненты; 4) принятие больным

альтернативных видов личностно-средового взаимодействия; перестройка аутокоммуникации, личностно-средовой коммуникации делает возможным изменение контракта, и основными «мишенями» психотерапии становятся регуляторные механизмы личностно-средового взаимодействия и механизмы психической адаптации.

В условиях соматического заболевания предметом психотерапевтического взаимодействия становится содержание психических механизмов типов взаимодействия с болезнью и основных механизмов психической адаптации.

Ниже приводится ориентировочная схема (табл. 8) этапов психотерапевтического воздействия и применяемых техник при дисгармоничных типах личностно-средового взаимодействия в соответствии с выделенными автором «мишенями».

**Таблица 8**

«Мишени»	Техники
1 этап Дисгармоничный контроль над средой Средовая коммуникация	Освоение адекватной коммуникации («Эхо», «Нарисованный диалог», <i>Конструктивный спор</i> ); <i>тренинг сенситивности</i> ; техники группового общения («Портрет инопланетянина», «Тренинг социальной чувствительности») и др.
Дисгармония самоконтроля	Техники на самораскрытие («Тур информации о себе», «Кто ты», «Кто кого знает», «Вопросник самораскрытия»); <i>психодрама</i> , ролевые игры, <i>групповые дискуссии</i> , психогимнастические упражнения
2 этап Представления о значимости психологических факторов	Групповая дискуссия, <i>проективный рисунок</i>
3 этап Психологический образ «Я», рефлексия, алекситимия	Психодрама; самораскрытие («Имя прилагательное», «Семейные фотографии», «Инвентарь»); эмоциональное самовыражение («Молекулы», «Этюды соприкосновения и экспрессии»), <i>психопантомима</i> («Язык тела»), ЭРВО (эмоциональные реакции и вовлеченность)
4 этап Открытость — закрытость	Корректируется в процессе <i>групповой динамики</i> , если она протекает успешно
5 этап Нормативность	Групповая дискуссия, психодрама («Место под солнцем», «Путевка в санаторий или дом отдыха», «Запретный плод» и т. п.)

При успешной коррекции дисгармоничных типов личностно-средового взаимодействия у больных с кардиоваскулярной патологией (прежде всего гипертонической болезнью) в случае необходимости групповая психотерапия может быть дополнена различными методами психической саморегуляции (*аутотренинг*, *нервно-мышечная релаксация* и др.).

П. л.-с. в. п. С. психосоматических больных является трудоемким и длительным процессом, поскольку попытки проведения упрощенных экспресс-методов вмешательства приводят к усилению негемеостатичных механизмов психической адаптации и способствуют фиксации дисгармоничных типов личностно-средового взаимодействия из-за нарастания аффективного напряжения.

Психотерапевтический процесс представляет собой систему работы с индивидуальной мифологией пациента, тесно связанной с макросоциальными мифами, что во многом определяет не только стратегию, но и тактику, в частности выбор «языка» взаимодействия и разнообразие психотерапевтических техник, эклектичность которых нейтрализуется за счет функционирования в рамках единой концепции.

**ПСИХОТЕРАПИЯ МИРОСОЗЕРЦАНИЕМ ПО МАРЦИНОВСКОМУ.** Метод психотерапии,

разработанный немецким врачом Марциновским (Marcinowski J.). В книге «Нервность и мирозерцание» (1913) автор определил свой метод как «просветительно-воспитательное лечение», суть которого состоит в формировании у пациентов целительного идеалистического мирозерцания с целью «создания личности сильной, внутренне свободной и независимой от своей участи... преисполненной высоких и чистых идеалов и нравственных требований». В основе описательной концепции П. м. п. М. лежит представление о целебном влиянии личностной одухотворенности и схваченности идеалами в истинно идеалистически-философском понимании. В процессе психотерапевтического воспитания пациент поднимается в душе над своей страдающей, обремененной проблемами личностью, начинает видеть себя частицей более важного, чем отдельная личность, целого, частицей человечества, всего живого и вообще всей Природы. В результате духовного мирозерцания открывается и индивидуальный смысл жизни отдельной личности — части процесса природного движения. Он заключается в признании идеи мирового (вселенского) развития (в котором законы природы лишь средство) и покорном принятии своего предназначения быть достойным и посильным вкладом в этот процесс. И когда одухотворенный и чувствующий себя «живым выражением общей божественной мысли не для того, чтобы потеряться в ее беспредельности, но для того, чтобы найти себя в ней в более чистом и освобожденном виде», пациент возвращается к решению своих реальных проблем, он перестает мерить свое страдание «меркой собственных близоруких решений». В состоянии такой одухотворенности исчезают раздражительность, нервность, тревожность и «все телесное улаживается само собой». Таким образом, смысл теоретической концепции П. м. п. М. состоит в возвращении личности страдающего пациента в лоно общечеловеческих и духовных ценностей через *осознание* своей индивидуальности и приобщенности к процессу мирового движения, а также самоценности своего существования. Марциновский признавал необходимость духовного целительства личности, однако различие религиозного деятеля и психотерапевта видел в том, что для последнего религиозная идеология является лишь средством для приобщения к духовным идеалам и не служит какой-либо определенной религии. Признавая существование Бога, автор считал, что тот не так «мелочен, чтобы требовать веры в себя в виде какой-то определенной религии». Он предлагал психотерапевту при работе с верующими пациентами «уметь с одинаковой горячностью говорить... на языке христианства и свободомыслия, на языке учений Древней Индии». Последствием такого эмоционального взаимодействия пациента и психотерапевта становится теплая и открытая атмосфера, располагающая пациента к доверительному общению и готовности получить от врача критику некоторых своих представлений, от которых он сам и страдает, и дойти вместе с ним до «того единого целого, что все ищут и благодаря чему могут быть устранены все раздоры и ссоры».

Какой-либо последовательности в решении указанных задач и реализации целей не предполагается. Психотерапия строится на эмоционально насыщенных беседах, в ходе которых психотерапевт постепенно продвигает пациента в сторону принятия духовных идеалов и развития способности к мирозерцанию. Содержанием бесед могут быть сравнение личных переживаний и желаний с более глобальными процессами (в семье пациента, обществе, человечестве и природе) и интроспекции, способствующие раскрытию реальных затруднений и критике представлений пациента, лежащих в их основе. Психотерапевт в П. м. п. М. является активной действующей фигурой, использующей для аргументации широкий запас знаний и личного опыта; он, по сути, выступает как представитель более общего и глобального, по сравнению с отдельной личностью, сообщества, и *конфронтация* с пациентом осуществляется им с этих позиций.

Сравнивая П. м. п. М. с некоторыми современными психотерапевтическими подходами, можно увидеть нечто общее и с гуманистической школой, и с экзистенциальным подходом в психотерапии. Важным элементом П. м. п. М. является описание особенностей работы с верующими пациентами.

**ПСИХОТЕРАПИЯ НОВОГО РЕШЕНИЯ М. ГУЛДИНГ И Р. ГУЛДИНГА.** Психотерапия нового решения, созданная американскими психотерапевтами Мэри и Робертом Гулдинг (Goulding M. M., Goulding R. L.), является синтезом *трансактового анализа* и *гештальт-терапии*, а также интерактивной *групповой психотерапии* и десенсибилизации. Обычно проводится в условиях группы и в форме *краткосрочной психотерапии* продолжительностью от 3 дней до 4-недельного семинара. Авторы разработали теоретическую структуру усовершенствованного ими трансактового анализа. Они не согласны с теоретиками трансактового анализа по двум основным вопросам. Во-первых, с тем, что

ранний Родитель (Эго-состояние Ребенка) полностью негативен, и, во-вторых, с провозглашенной Берном (Berne E.) концепцией формирования раннего Родителя (в транзактном анализе большая буква в словах Родитель, Взрослый, Ребенок означает, что речь идет об Эго-состояниях, а не о реальных родителях, взрослом или ребенке). Он был уверен, что ранний Родитель — это склад автоматически накапливаемых всех негативных сообщений, переданных родителями. Родительское вранье, ярость, громкий голос становятся автоматически частью детской интроекции и частью Эго-состояния раннего Родителя раз и навсегда. Авторы, напротив, верят, что ребенок сам фильтрует, выбирает и принимает решения в ответ на подобные сообщения и в определенной мере контролирует то, что впитывает.

В отличие от Берна, который считает, что ребенок в этом отношении беспомощная жертва, авторы полагают, что ребенок принимает участие в создании своего раннего Родителя — либо принимает сообщения, либо против принятия сообщений выстраивает баррикаду с помощью своих ранних Ребенка и Взрослого. Эго-состояние Ребенок имеет наряду со структурным делением и функциональное различие — изначальный «естественный» и «адаптированный» Ребенок. М. Гулдинг модифицировала это деление, показав, что три ранних Эго-состояния (ранние Родитель, Взрослый, Ребенок) присутствуют как у «естественного», так и «адаптированного» Ребенка. Это функциональное различие со структурными элементами демонстрирует терапию новых решений. Адаптированный Ребенок решает принять родительские жизненные правила в самом раннем детстве и, чтобы выжить, подавляет свободного или естественного Ребенка. Позже, во время терапии новых решений, ранний Взрослый в Ребенке принимает новое решение — преодолеть патологическое приспособление и действовать свободно. Те же позиции в отличие от Берна занимают авторы в отношении Эго-состояния Родитель. Люди достраивают своего Родителя, всю жизнь используя как материал и настоящих родителей, и значимых для них людей, и даже людей, созданных своим воображением.

Во время психотерапии авторы используют только прямые транзакции. Парам предлагается не говорить друг о друге, а разговаривать друг с другом. Тогда они узнают, что многое из сказанного относится на самом деле к незаконченным делам с родителями, им предлагают адресовать свои замечания родителям «напрямую». Пациентов просят представить, что мать и отец сидят перед ними, и повторить родителям то, что они только что говорили. Так устанавливается прямая транзакция здесь-и-сейчас между «Я» и «Ты». Пациент мгновенно перемещается в Эго-состояние Ребенок и из него, а не из Взрослого, разбирается с ситуацией. Говоря с родителем и перемещаясь на другой стул, чтобы говорить от лица родителя, он воскрешает поток воспоминаний и о событиях, и о чувствах, связанных с ними, и ощущает себя на сцене этого события «здесь-и-сейчас». С позиции своего Ребенка, оживляя сцену и закрывая старые незавершенные дела, пациент получает возможность произвести эмоциональные изменения в своих ранних решениях (принять новое решение).

Авторы отмечают важность выявления предписаний и обратных предписаний. Предписания — это сообщения от родительского Эго-состояния Ребенок, а обратные предписания — это сообщения родительского Эго-состояния Родитель. Примеры предписаний: «не делай», «не взрослей», «не будь», «не сближайся», а обратные предписания: «старайся», «делай все отлично». Чтобы предписания и обратные предписания стали значимыми для развития ребенка, он должен их принять. В отличие от Берна, авторы считают, что ребенок может принять предписания или отбросить их. Ребенок даже придумывает, изобретает и неправильно интерпретирует и, таким образом, сам себе дает предписания. Приводятся примеры некоторых патологических решений, принимаемых ребенком в ответ на предписания. «Не делай этого» — Ребенок может решить: «Я никогда ничего не сделаю правильно», «Я глупый». Или «Не взрослей» — «Ладно, я останусь маленьким», «беспомощным», «недумающим», «несексуальным». Это решение часто проявляется в движениях, манерах, голосе, поведении. Принимая о себе раннее решение, ребенок начинает на его основе планировать жизнь, сценарий, в качестве образца используя иногда сказку (например, «Спящая красавица», «Золушка») или другую историю.

*Психотерапевтический контракт* сосредоточивает лечение на главной задаче. Пациент решает, что конкретно он планирует изменить в себе для достижения поставленных перед собой целей, используя при этом термины, описывающие убеждения, эмоции и поведение. Над формулировкой контракта пациент работает с психотерапевтом, а заключает его с самим собой. Психотерапевт служит ему свидетелем и помощником. Он заставляет пациента осознать ответственность за свои чувства. Психотерапевт выясняет, какие решения принял пациент в детстве, чтобы выжить в родительском доме.

Психотерапевта интересуют области «ступора» пациента, которые в гештальт-терапии называются «тупиками». Г. Гулдинг делит тупики на три типа, или ступени. Тупик первой ступени — между Родителем пациента и его Ребенком — основан на обратном предписании. Родитель в жизни посылает сообщение от своего Родителя (Эго-состояние), например «Работай усердно». Отец говорит сыну: «Каждую работу надо выполнять на отлично», «Всегда делай на десять процентов выше». Маленький мальчик, стремящийся завоевать одобрение отца, как маленький Профессор, работает много и тяжело. Он трудится как сумасшедший до 55 лет и, не осознавая этого, все еще пытается угодить своим родителям. В 55 лет он решает снизить темп, поэтому он из своего Родителя строит планы работать по 8 часов 5 дней в неделю и каждый год уходить в отпуск на месяц. Кажется, пишут авторы, что человек вырвался из тупика. Тем не менее принятого «думающим» Взрослым решения бывает недостаточно. Как только он снижает темп, у него начинаются головные боли. Он все еще получает те же самые сообщения от своего Родителя и работает усердно. Человек по-прежнему в тупике, потому что его Ребенок не принял еще другого (нового) решения через своего Родителя. В процессе психотерапии новое решение примет тот же Маленький Профессор, который принял в свое время и первое решение много работать.

При тупике второй степени Маленький Профессор принял решение скорее в ответ на предписание, нежели на обратное предписание. Например, Родитель родителя посылает сообщение «много работай» (тупик первой степени), а Ребенок родителя дает предписание «не будь ребенком». Решение в этом случае может оказаться следующим: «Я никогда больше не буду вести себя как ребенок». Авторы отмечают, что многие психотерапевты, которых они на семинаре учат и лечат, находятся в этом тупике. Они много работают, мало играют, а когда играют, то их игра абсолютно непохожа на свободную, спонтанную, ребячливую игру тех людей, которые не приняли подобного предписания. Для успешного выхода пациент погружается в воспоминания о своих родителях: как они говорили, выглядели, чувствовали. Психотерапевт создает обстановку, в которой пациент переживает те же чувства, что и во время принятия первоначального решения. Пациент должен находиться в состоянии Ребенка, а не Взрослого. Обычно это происходит, когда он погружается в сцену из раннего детства и не только представляет место и участников, но и переживает заново обуревавшие тогда его чувства. Диалог начинается, когда пациент определяет свою цель: «Если я веду себя по-детски, играю, смеюсь и радуюсь, я в порядке». Диалог продолжается, пациент попеременно становится то родителем, давшим предписание, то самим собой, пытающимся выбраться из тупика. Иногда его встроенный родитель отступает быстро, и пациент должен двигаться вперед и принимать новое решение перед лицом неодобрения уже другой части самого себя Родителя внутри Ребенка. Иной раз он встречает одобрение где-то в глубине себя — от встроенного второго родителя, или от бабушки, или от психотерапевта. Иногда пациент вынужден создать в себе нового Родителя, чтобы его Взрослый Ребенок и Родитель Ребенка наконец договорились о принятии нового решения, и в конце концов он говорит, верит и чувствует: «Я играю, ребячусь, смеюсь, наслаждаюсь, я как ребенок, и я в порядке».

Тупик третьей степени — в котором пациент чувствует, что он всегда был плохим, каким себя ощущает. При существовании этого тупика предписания были получены в таком раннем возрасте и/или в неречевой форме, что он просто не осознает их получения. В этом случае решающий диалог — это диалог между двумя сторонами Маленького Профессора: адаптированного и свободного. Здесь пациенту необходимо принимать попеременно обе стороны себя — «Я — мужчина» и «Я — женщина» или «Я умею играть» и «Я не умею и не буду никогда играть» — пока он не почувствует энергию своего свободного Ребенка.

Эффективная психотерапия заключается в том, чтобы помочь пациенту преодолеть ряд тупиков, корни возникновения которых лежат в сообщениях, полученных им в детстве, и в принятых на основе этих сообщений решениях. В процессе работы пациента над преодолением тупиков психотерапевт даст возможность ему самому понять, как его архаичные виды мышления, переживания и поведения соотносятся друг с другом и как они влияют на его сегодняшнюю жизнь. Традиционные гештальт-терапевты не дают подобной познавательной *обратной связи*; традиционные терапевты транзактного анализа крайне редко используют эмоциональный подход в работе по выходу из тупика.

Авторы рекомендуют проводить психотерапию нового решения в условиях группы. Участники группы обеспечивают друг другу поддержку и одобрение. Пациент может использовать группу как



среду для эксперимента по изменению себя. *Групповой динамике* не придается значения. В терапии новых решений пациент — это ведущий актер в пьесе с победным концом. Психотерапевт является и режиссером и сценаристом некоторых сюжетных ходов. Пациент ощущает детский аспект себя, высвобождает свои детские качества и создает воображаемые сцены, в которых может избавиться от ограничительных решений. Пациент воссоздает травмирующую ситуацию детства, но на этот раз делает ее такой, какой хотел бы ее видеть, поскольку новое решение принимается свободным Ребенком. Например, пациент, находящийся в депрессии, представляет, что он берет себя новорожденного на руки, качает себя и говорит: «Я позабочусь о тебе». Затем пациент представляет себя младенцем, любимым и окруженным заботой. Снова и снова, в печальных или радостных, волнующих или тревожащих сценах пациенты «становятся маленькими детьми», чтобы преодолеть патологию прошлого.

Авторы метода в своем руководстве «Психотерапия нового решения. Теория и практика» представили множество примеров из своей психотерапевтической практики, работая с пациентами, страдающими депрессией, фобиями, навязчивостями, различными проблемами личности. Принятие нового решения, отмечают они, скорее начало, чем конец изменений личности. После нового решения человек начинает по-другому думать, чувствовать и вести себя.

См. также *Гештальт-терапия*, *Трансактный анализ*.

### **ПСИХОТЕРАПИЯ ОБРАЗАМИ ТЕРМИНАЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.**

Метод разработан Бансоном (Bahnsen C. B.) как вспомогательный в общем комплексе психологической помощи больным в конечной стадии раковых заболеваний и делает возможным интенсивное воздействие на психофизиологические реакции больных при наличии панических состояний и болевых синдромов, которые не удастся снять медикаментозными средствами.

Метод основан на изученной автором специфике психодинамического статуса терминальных больных, вынужденных существовать в условиях постельного режима, т. е. ограниченном пространстве, испытывающих интенсивные боли, в предвидении надвигающейся смерти. При этом меняются состояния сознания, мир предстает с совершенно другими приоритетами. То, что прежде было несущественно, становится вдруг важнейшим, к поверхности сознания всплывают давно забытые события и кажутся гораздо более современными, чем актуальное жизненное пространство. Как и при деменциях позднего возраста, переживание центрируется на воспоминаниях о детстве и давнем прошлом. Полностью изменяется восприятие времени, обычно исчезает его линейность. Обостряется метафоричность восприятия и мышления, больные в большей степени сосредоточены на своих сновидениях и фантазиях, приобретающих характер реальности. Усиленный интерес к будущей жизни чаще выражается различными метафорами и символами. Масштабы времени и пространства в существенной мере теряют реальный и практический характер.

Такие изменения в сознании больных, как правило, совершенно непонятны для обслуживающего персонала, который трактует их как проявления спутанности. В то же время понимание их позволяет психотерапевту проникнуть во внутренний мир больного, в котором важнейшие сообщения часто «переодеты» в метафоры и символические образы. Заранее подготовленные картинки с такими возможными образами не лучший инструмент для эксплорации больных (такая модификация предлагается некоторыми американскими авторами). Оптимальным решением является мысленный зрительный образ, вырастающий из бессознательных переживаний больного, который расшифровывается психотерапевтом. Если при проработке сновидений, фантазий и «бессмысленных» сообщений пациента значимый образ находится психотерапевтом, то дальше он может с ним активно работать. С помощью неглубокого *гипноза* или даже в состоянии бодрствования на фоне уже существующего жизненного сознания, с использованием своих собственных направленных ассоциаций, психотерапевт погружает больного в положительно эмоционально окрашенные и избавляющие от мучений состояния. Действенность этого погружения определяется неслучайным характером и индивидуальной значимостью для больного найденного образа.

Многие часто используемые образы находятся в тесной связи с архетипическими картинками *Юнга* (Jung C. G.). На начальных этапах психотерапии часто используются надындивидуальные образы (пляж на берегу красивого озера, горный луг летом). К индивидуальным особенностям приближает детская комната в родительском доме. Из мира животных пациенты часто предпочитают дельфинов, с

которыми путешествуют в подводном царстве. Продуцируемые больными образы могут принимать неприятный, агрессивный характер (змеи, драконы, хищные растения), что позволяет добиться катарсического эффекта.

Наиболее действенным психотерапевтическим фактором метода является, как подчеркивает автор, не столько суггестивно успокаивающий больного образ, сколько психологическая поддержка, которую оказывает психотерапевт благодаря той интимности общения и взаимопонимания, которая достигается при нахождении эмоционально значимых для больного образов.

**ПСИХОТЕРАПИЯ ОГРАНИЧЕННОГО ВРЕМЕНИ И НЕОГРАНИЧЕННЫХ ЦЕЛЕЙ ПО КНОБЕЛЮ.** С тех пор как была опубликована «Психоаналитическая психотерапия» Александра и Френча (Alexander F. G., French T. M., 1946), возникли методологические различия в рамках психоаналитической теории *Фрейда* (Freud S.). Согласованный с психоаналитической концепцией, этот новый методологический подход позволил психотерапевту модифицировать отдельные технические приемы, не нарушая фундаментальных принципов *психоанализа*.

Александр и Френч предложили психотерапевтическую технику, которая, по мнению Кнобеля (Knobel M.), была названа *психоаналитической психотерапией* благодаря своей пионерской попытке применить в новых исторических условиях подход, отличный от более традиционного подхода Фрейда. Александр и Френч представили две теоретические концепции, которые значительно модифицировали психоаналитическую технику:

- 1) Принцип гибкости / флексибельности.
- 2) Принцип *коррективного эмоционального опыта*.

Любая новая терапевтическая техника кажется возможной только после того, как эти два автора осмелились нарушить табу, обусловленное идеализированным психоанализом. Организованный в соответствии с фрейдовской моделью, традиционный психоанализ превратился в хранилище требований, выдвигаемых психоаналитическими обществами, особенно Международной психоаналитической ассоциацией.

Малан (Malan D. H., 1963) ясно сформулировал и систематически исследовал то, что он называл «фокальной психотерапией»: психотерапевтическая процедура, которая получила широкое распространение (Кнобель, 1983; Lemgruber V. B., Fiorini H. J., 1984, и др.). Обзор этого направления психотерапевтической мысли был детально выполнен Урсано и Хейелсом (Ursano R. J., Hales R. E., 1986).

С 1965 г. Кнобель использует наиболее доступную краткую психотерапевтическую технику, которая способна обеспечить практические терапевтические результаты. В его публикации «Краткосрочная психотерапия» излагается метод «психотерапии в условиях ограниченного времени и неограниченных целей» (Szpilka J. I., Knobel M., 1968). Позднее этот опыт был представлен в руководстве, в котором сделан акцент на психоаналитической основе этой психотерапии (Кнобель, 1987). Автор не обсуждает сам временной аспект проблемы, ограничившись только тем, что можно говорить об экзистенциальном времени, или времени самом по себе, экспериментальном, хронологическом, концептуальном времени, которое может быть объективизировано. Концепция «краткосрочности» поэтому, полагает он, является очень относительной и применима только для хронологического времени.

С практической точки зрения Кнобель ограничивает время для интеракции «психотерапевт—пациент» в пропорции, какую позволяют это делать конфликты пациента и психопатологические нарушения. С согласия пациента психотерапия направлена на улучшение, а если это возможно, даже на устранение наиболее беспокоящих его проявлений. Это означает, что психотерапевт предлагает вмешаться во внутренний мир пациента, чтобы помочь ему использовать или мобилизовать свои восстановительные, реконструктивные возможности. Метод ориентирован только на помощь. Пациент продолжает придерживаться своего патологического, приносящего страдания жизненного стиля, но при этом научается как облегчать, улучшать и даже преодолевать имеющиеся проблемы. Пациент способен это делать в том соотношении, насколько помощь психотерапевта помогает ему мобилизовать свой внутренний мир, часто принося в сознание то, что оставалось бессознательным.

Возникшая из психотерапевтических знаний и теории психоанализа психоаналитическая техника Кнобеля может быть представлена в 4 основных субпроцессах:

- 1) *перенос* и следующее из него возникновение невроза переноса;
- 2) стимуляция и операби́льность регрессии;
- 3) аффективная проработка на регрессивных и переносных уровнях;
- 4) изменение внутренних объектов, в основном за счет проективных и интроективных механизмов.

Сокращенный таким образом психоаналитический процесс позволяет верифицировать, до какой степени история жизни действительно проживалась и/или была в большей степени нафантазирована. Фантазмы имеют жизнь и валидность в безвременном и беспространственном бессознательном. Они связаны, чтобы усилить или затенить структурные конфигурации личности и, следовательно, модельные переживания, чувства, мысли и поведение. Взаимная игра внешних и внутренних объектов стереотипизируется, как только она интенсивно проявляется в психоаналитических терапевтических отношениях в их «традиционном» значении. Учитывая, что *краткосрочная психотерапия* действительно является терапией «ограниченного времени и неограниченных целей», Кнобель предложил следующие технические модификации, которые представляют результаты того, что было накоплено психоаналитической практикой и более чем 20-летним опытом применения нового подхода самим автором.

1. Перенос является универсальным феноменом и неизбежно возникает в любом терапевтическом процессе. Если мы его систематически интерпретируем, то неизбежно вызываем «невроз переноса», который будет препятствовать сокращению сроков лечения. Поэтому не следует его интерпретировать, удобнее соотносить его с внешним объектным миром пациента и всегда, когда возможно связывать это с внутренним объектным миром, без того чтобы психотерапевт определенно включал себя в один из этих процессов. Когда пациент усиливает перенос (т. е. «Вы не помогаете мне»), психотерапевт может принять подобное высказывание пациента, но с четким намерением немедленно распространить это на мир отношений пациента (т. е. «Это то, что Вы думаете, но Вы уже продемонстрировали, что Вы всегда жалуетесь на тот факт, что никто, даже Ваши родственники и друзья, не помогают Вам»).

2. Не осуществляя *интерпретаций* в переносе и ослабляя его внешне-внутренним объектным миром пациента, психотерапевт может избежать части регрессивного процесса, который хотя и является важным элементом психоаналитической техники, также несет ответственность за бесконечное продление лечения. Здесь целью является не обретение перспективы развития прошлого пациента и не повторное его переживание в ситуации переноса на каждой сессии. Главное — это апелляция к критическому самонаблюдающему Эго в ситуации «здесь и теперь» каждой сессии и в данном специфическом моменте жизни пациента. Таким путем пациент может осознать, что стереотип его прошлого трансформировался и сжато выразился в данном моменте, в котором существует валидный и активно представленный собеседник, которым оказался психотерапевт. Необходимо сделать это очень ясно, так как теоретически психотерапевт никогда не сможет избежать быть объектом переноса для пациента. Благодаря предложенному операционному процессу пациент сможет открыть свои наиболее адекватные механизмы защиты в рамках своего текущего процесса развития, который требует скорее взрослых отношений.

3. В психоаналитической практике через регрессию и ее регрессивный переносный контекст осуществляется динамический реконструктивный процесс. «Проработка» в основном происходит на глубоком аффективном уровне. В ограниченной временем и неограниченной целями психотерапии Кнобеля процесс «проработки» стремятся преобразовать в более объективный, скорее когнитивный, чем аффективный, скорее рациональный и в то же время глубоко привязанный к сути гипостатического конфликта пациента. Когда психотерапевт проводит интервенцию, он опирается на более развитое Эго пациента, вносящее свой вклад в быстрое *осознание* внешней и внутренней реальности. Аффективные конфликты пациента не отрицаются, но они должны быть прожиты и вербализованы (не «отреагированы»). Они должны стать «понятными». В безвременном бессознательном эффективная «проработка» могла бы происходить в наиболее подходящем временном определении для каждого индивида.

4. Изменение объекта является, таким образом, прямым следствием предложенной техники, усиленной при помощи концепции, что здесь и сейчас как раз время сменить «ложную» или

«бессознательно фальсифицированную» информацию на истинную информацию, или более удобную, объективную или согласованную, которая будет способствовать формированию не только менее конфликтных отношений, но также и использованию защитных механизмов, лучше адаптированных к метапсихологическому равновесию. Это означает психодинамическое проживание с обеих точек зрения, как когнитивной, так и аффективной.

Одна из основных целей психотерапии — способствовать энергичной попытке пациента повторно жить в своем прошлом и трансформировать его в то, чем это и должно быть: опытом из прошлого. Индивид становится активным обладателем своей собственной настоящей истории, которую он все еще может строить или перестраивать, начиная с настоящего момента. Для того чтобы завершить это освобождение, психотерапевт должен обнаружить во внутреннем объектном мире «психотическое ядро», искаженные мысли и точки зрения, которые относятся к инфантильным, до сих пор живым и приковывающим внимание фантазиям, которые актуальный психотерапевтический пересмотр может модифицировать посредством постоянной переоценки бессознательных условий, теперь доступных для взрослого переформулирования.

Для того чтобы познакомиться с этой техникой, как и со многими другими, которые были верифицированы анализом их теоретической и методологической баз, необходимо иметь настоящую терапевтическую предрасположенность и знания феноменологической и метапсихологической диагностики, которая гарантирует адекватный выбор пациентов и глубокое исследование наиболее полезных механизмов защиты для каждого индивида.

В этой технике обстановка не отличается от той, которая была предложена для любого психотерапевтического процесса: подходящее место, удобный распорядок, конфиденциальность. Важно быть гибким и способным на открытое обсуждение ситуации с пациентом. При этом могут возникать экстренные ситуации, различные непредвиденные события и потребность в модификациях, определяемых обстоятельствами и окружением. Где бы психотерапевту ни потребовалось помочь пациенту — при экологической катастрофе или при исходе уличного поединка, — он не может рассчитывать на то, что сумеет применить свои знания исключительно в комфортных условиях своего офиса. В госпитале не раз офис будет занят раненым пациентом, или в Центре здоровья другой врач будет принимать своего пациента. Поэтому необходимо научиться использовать «имеющуюся в распоряжении обстановку». Реальная обстановка — это та, которая устанавливается уникальной и специфической конфигурацией, которая возникает в каждый момент взаимодействия врач—больной. Стандартизованная обстановка не является совершенно обязательной, хотя это и удобно, если данный институциональный контекст будет тем же самым — будь то работа в госпитале, в Центре здоровья, в школе, университете, институте или в другой институциональной структуре, в частном офисе или в бедной комнате в трущобах.

В рамках психоаналитической терминологии существует то, что традиционно называется «*психотерапевтическим контрактом*». Кнобель называет это «соглашением, чтобы попытаться помочь», в котором определяются терапевтические цели (не всегда совпадающие с ожиданиями пациента), время лечения, назначенный час, длительность сессии, так же как соглашение уважать интимность и сохранять максимально строго профессиональную тайну.

Относительно длительности сессии следует объяснить пациенту, что психотерапевт не должен, равно как и не сможет, принять «классический пятидесятиминутный час». Динамика сессии сама по себе такова, что делает ее вариабельной и живой, а время длительности каждой сессии определяется ее содержанием, переживаниями переноса и *контрпереноса*, которые, как уже говорилось, хотя и не должны интерпретироваться, но принимаются во внимание и оцениваются. Взаимодействие врач—пациент должно осуществляться в обстановке понимания, *эмпатии*, гибкости. Что действительно важно в этом психотерапевтическом подходе — это достичь понимания того, что происходит на каждой сессии и что время сессии, которое учитывается, — это «операционное время», которое может восприниматься как полезное и не просто хронометрическое соглашение, а заслуживает внимания. Поэтому сессия может быть на 15, 20, 25 минут дольше, если это необходимо.

Опыт и знания — это те элементы, которые будут определять ограничение времени (краткосрочность) лечения — от 10 до 16 сессий, в соответствии с имеющимся опытом. «Адекватное терапевтическое время» возникает из соотношения патологии пациента и теоретических знаний

психотерапевта.

Социально-экономический контекст, биологическая и социальная реальность, даже географическое расположение и возможный доступ к имеющемуся в распоряжении месту для психотерапии — все эти элементы играют важную роль. «Адекватное психотерапевтическое время» является результатом биопсихосоциальной реальности, включая того, кто ищет психотерапевтическую помощь, и того, кто способен эффективно ее обеспечить. Психотерапевт должен зачастую преодолевать препятствия и предрассудки, которые его собственная традиционная психоаналитическая структура интроецировала в его Супер-Эго.

Данный психотерапевтический подход позволит психотерапевту определять терапевтическое время и пространство, которое должно быть по-настоящему Эго-синтонным и соответствующе настроенным на по возможности идеальную и осуществимую психотерапию ограниченного времени и неограниченных целей (Кнобель, 1990).

**ПСИХОТЕРАПИЯ, ОСНОВАННАЯ НА ТЕОРИИ КОНФЛИКТОВ ХАЛЛА, МИЛЛЕРА, ДОЛЛАРДА,** Конфликт с позиций *бихевиоризма* можно определить как одновременное возбуждение двух конкурирующих тенденций реагирования (например, приближение и избегание или два различных способа приближения). Халл (Hull C. L., 1943) и его последователи Миллер (Miller N. E., 1944) и Доллард (Dollard J. A., 1950) различают 3 основные формы конкурирующих поведенческих реакций:

- 1) конфликт типа «приближение—приближение»;
- 2) конфликт типа «избегание—избегание»;
- 3) конфликт типа «избегание—приближение».

Последняя форма особенно часто была предметом экспериментального изучения; одни работы были основаны на идеях *Фрейда* (Freud S.), в основе других лежали павловские методы выработки условных рефлексов и необихевиористские теории Халла. Некоторые исследования второй группы касаются так называемого экспериментального невроза.

Поведение избегания и приближения изучалось школой Халла в плане определения градиента этих процессов. Наиболее известными являются работы Миллера (1944, 1959), в основу которых были положены исследования конфликтной ситуации в экспериментах на крысах.

Крысы получали пищу, а затем во время еды подвергались удару тока. Сила тока и степень голода были различными у разных групп животных. Исследовались формы движений крыс при приближении к пище. В целом было установлено, что место остановки животного определяется относительной силой двух потребностей. Чем сильнее голод и слабее ток, тем ближе подходит животное. Конкуренция двух реакций возрастает вместе с силой потребностей. С помощью этого метода Миллеру удалось экспериментально показать приемлемость тезиса Фрейда о том, что отчетливо выраженные проявления страха и избегания могут служить признаком сильных тенденций к приближению.

Доллард и Миллер (1950) стали применять свои концепции и данные в психотерапевтической практике, пытаясь разработать синтетический метод психотерапии, соединяющий бихевиоризм и *психоанализ*. Ориентируясь на их идеи, Мартин (Martin D. G., 1975) и Перре (Perrez M., 1975) стремились дать объяснение невротическим расстройствам, обусловленным конфликтами, и, соответственно, способу их психотерапии. Рассматривались двуполярные модели, в основе которых лежит конфликт «приближение—избегание», в этом случае невротическое поведение сохраняется, поскольку существует механизм подавления негативных эмоций, таких как страх, тревога и др. Угрожающие психике раздражители устраняются так быстро, что переобучение не успевает произойти. Мартин (1975) в контексте психотерапии занимался конфликтами, которые поддерживаются внутренними раздражителями, возникающими в процессе мышления, представлений и переживаний. Целью психотерапии являлось преодоление (разрешение) конфликтов, что в ходе психотерапии обеспечивалось 2 параллельными процессами; 1) «стремление к приближению» повышалось при помощи положительных вербальных, а также адекватных эмоциональных стимулов, таких как душевное тепло, понимание, принятие больного таким, каков он есть; 2) наряду с этим возникающие у больного страхи подавлялись, что приводило к ослаблению «стремления к избеганию».

Предполагалось, что успешно проводимый процесс психотерапии позволит ослабить конфликт как раз в точке пересечения соответствующего градиента «приближения—избегания» и создаст импульс

в направлении преодоления конфликта. Описанные модели являлись, однако, в известной мере умозрительными. Перре был одним из тех, кто предложил план возможной экспериментальной проверки данной модели.

**ПСИХОТЕРАПИЯ ПОСРЕДСТВОМ УБЕЖДЕНИЯ ДЕЖЕРИНА.** По своим целям, задачам и технике проведения имеет много общего с личностно-ориентированной психотерапией. Дежерин (Dejerine J., 1912) подчеркивал необходимость каузального терапевтического вмешательства при лечении функциональных нарушений. Психотерапия, по его словам, должна быть направлена на устранение не только симптомов и проявлений болезни, но и причин, т. е. на весь «психический фон», «психическую конституцию больного», «нравственный фон», который позволил им установиться. Такую функцию психотерапии не могут осуществлять суггестивные (особенно — гипносуггестивные) методы, которые отвергаются Дежериним по соображениям морального и социального характера. В то же время он не разделял и точку зрения Дюбуа (Dubois P.), противопоставляя *рациональной психотерапии*, как чисто интеллектуальной, психотерапию *убеждением*, в которой центральное место отводится эмоциональному компоненту, так как, по его мнению, «нет рассуждения, оказывающего действительное влияние, без доверия, основанного на чувстве». Рассуждение само по себе индифферентно и становится фактором энергии, источником усилий лишь в том случае, если сопровождается эмоциональным воздействием.

Цель психотерапии убеждением Дежерин видит в том, чтобы объяснить больному причины его симптомов и расстройств и вызвать у него доверие к себе, «пробудить различные элементы личности», которые способны стать отправным пунктом для ее реконструкции. Не исключая, а, напротив, активно используя в психотерапии логические доказательства, рассуждения, Дежерин в то же время делает акцент на том, что врач не навязывает их больному, а лишь предлагает «обдумать и понять». Роль врача (личность которого, согласно Дежерину, имеет необычайно важное значение в психотерапии убеждением) заключается в призыве, побуждении, направлении и вместе с тем в понимании, принятии и уважении пациента. Таким образом, убеждение не ограничивает личность, а дает ей возможность развиваться в условиях освобождения от всех стесняющих влияний.

Психотерапия убеждением направлена на выполнение двух главных задач:

- 1) осуществление освобождающего действия;
- 2) восстановление, реконструирование личности больного.

П. п. у. Д., проводимая в виде бесед врача и больного, может быть дополнена такими вспомогательными методами, как изоляция, покой, усиленное питание.

**ПСИХОТЕРАПИЯ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ КУЗНЕЦОВА.** Когнитивно-динамическая психотерапия, основанная на переписке по электронной почте (E-mail), разработана Ю. В. Кузнецовым (2000).

Первоначальной задачей П. п. э. п. К. являлось сравнение субъективных представлений пациента и семантического анализа системы его ценностей с объективно существующими условиями жизни, определяемыми социумом, средой существования. Все проблемы, в том числе и медицинские симптомы, рассматриваемые в ряду прочих феноменов, обуславливаются несоответствием субъективной и объективной систем ценностей и как следствие — ценностной дезадаптацией. В процессе работы раскрывается динамика формирования субъективной системы ценностей, влияния на нее онтогенетических факторов воспитания, воздействия среды, и, параллельно, рассматривается изменение условий жизни, динамика формирования объективной системы ценностей, устанавливаются до того неосознаваемые взаимосвязи их с проблемой пациента. Выявив события, сформировавшие дезадаптивную тенденцию (ценность), пациент ее переоценивает с новых позиций, вследствие чего сам факт утрачивает свое влияние, эмоции, являясь непосредственной оценкой субъектом объекта, приобретают большую адекватность.

Например, если проблема пациента вызвана приоритетом в его сознании социальных ценностей над личностными, эмоции подавляются в угоду определенному имиджу, взгляду со стороны, «общественному мнению», то, установив взаимосвязь этой проблемы с наказанием родителями за «провинность» перед посторонними, за плохие оценки окружения (в том числе в школе), пациент видит их неактуальность, меняет к социальным ценностям свое отношение, понимая, что окружающий мир значительно изменился и необходимым условием существования становится уважение и проявление

собственных оценок, эмоций.

Во время переписки психотерапевт-оператор, задавая вопросы, избегает навязывать пациенту свою точку зрения, а также какую-либо теорию, помогает ему решить проблему с его позиции, учитывая собственное мировоззрение пациента, что позволяет избежать ряда этических проблем психотерапевтической помощи по электронной почте.

В противовес существующему мнению, что психотерапия по электронной почте может носить только рекомендательную функцию, в излагаемой методике психотерапии дача советов оператором избегается, пациент наводящими вопросами подводится к решению своих проблем самостоятельно.

Создав в процессе психотерапии по электронной почте устойчивую и адекватную мотивацию на излечение, проработав когнитивно-эмоциональные аспекты проблемы, пациент найдет способ дальнейшего клинического лечения, пользуясь местными возможностями.

К достоинствам психотерапии по электронной почте следует отнести:

- ее актуальность для России, так как значительная часть населения удалена от центров психотерапевтической помощи;

- стопроцентная возможность *супервизии*, поскольку переписка может сохраняться сколько угодно долго в полном объеме;

- беспрецедентный уровень анонимности обращающихся, т. к. Интернет позволяет открывать анонимные почтовые ящики с вымышленными псевдонимами, что ведет к максимальной открытости пациента;

- особое использование возможностей цитирования как терапевтического инструмента, связанного с автоматизацией этой функции при переписке;

- возможность взаимозаменяемой и коллективной работы психотерапевтов-операторов, экспертов различных направлений, связанных между собой не обязательно непосредственно, а при помощи компьютерной связи в любых точках мира;

- не исключается интеграция индивидуальной и *групповой психотерапии*, связь только обратившихся пациентов с уже прошедшими курс психотерапии, при необходимости привлечение различных компьютерных тестовых и тренинговых программ.

См. также *Психотерапия и Интернет*.

**ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ.** Психотерапия в настоящее время считается основным методом лечения больных алкоголизмом (Рожнов В. Е., 1979; Филатов А. Т., 1979, и др.). Значителен вклад в лечение алкоголизма с помощью психотерапии отечественных ученых прошлого — А. А. Токарского (1896), И. В. Вяземского (1904) и особенно В. М. Бехтерева, развившего предложенный И. В. Вяземским метод коллективной гипнотерапии алкоголизма. В лечебную триаду В. М. Бехтерева, принципиально сохранившую свое значение до настоящего времени, входило *убеждение* в состоянии наяву, *мотивированное внушение* в состоянии *гипноза*, продолжающее темы психотерапевтических бесед с больными, *самовнушение* и самоутверждение пациента (см. *Психотерапевтическая триада Бехтерева*).

Из различных вариантов *коллективной психотерапии* алкоголизма, широко использовавшейся В. М. Бехтеревым, наибольшее признание в настоящее время получил метод В. Е. Рожнова (1982), разработанный автором на основе концепции эмоционально-стрессовой психотерапии (см. *Коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия Рожнова*). Гипнотическому воздействию здесь также предшествуют психотерапевтические беседы, лечебное влияние которых закрепляется в гипнозе (последний проводится по предложенной автором методике удлинненных — не менее 1-1,5 часа — сеансов *гипнотерапии*). В состоянии гипноза вырабатывается условно-рефлекторная тошнотно-рвотная реакция на вкус и запах алкоголя. В. Е. Рожновым также предложена и реализована в практических условиях методика лечения больных алкоголизмом в системе психотерапевтических заводских профилакториев.

В основе многих методик лежит выработка аверсии к запаху, виду, вкусу алкоголя и даже его словесному обозначению. Обычная цель *аверсивной терапии* алкоголизма — добиться полного отказа от алкоголя посредством выработки тошнотно-рвотной реакции на него путем приема его в сочетании с фармакологическими препаратами, вызывающими рвотную реакцию (апоморфин, эметин, отвар баранца и др.), с препаратами, приводящими к задержке дыхания, или в сочетании с болезненной

электростимуляцией. Еще в 1915г. В. М. Бехтерев предлагал примешивать к алкогольным напиткам вещества, вызывающие отвращение, подчеркивая условно-рефлекторную сущность методики. В 1933 г. на основе этой идеи И. Ф. Случевским и А. А. Фрикеном была предложена методика, в которой прием алкоголя сочетался с подкожными инъекциями апоморфина. Предлагались и другие методы, основанные на выработке условной тошнотно-рвотной реакции в ответ на запах и вкус алкоголя. В методике Н. В. Канторовича (1929) прием алкоголя сочетался с болевым воздействием электрокожных раздражителей. А. М. Иванов и соавт. (1975) описывают вариант этой методики, когда аверсия к алкоголю вырабатывается путем сочетания действия синусоидального модулированного тока с видом, запахом, вкусом и словесным обозначением алкогольных напитков. Электроды при этом накладывают на переднебоковые поверхности шеи. Выработке отрицательного условного рефлекса способствует применяемая врачом императивная суггестия или же потенцирующая и опосредующая психотерапия.

Существуют и другие методы аверсивной терапии, используемые при лечении алкоголизма, — вербальная аверсивная терапия, которая заключается в том, что воображаемое потребление алкоголя с помощью словесного внушения сопровождается рвотной реакцией.

До настоящего времени продолжают попытки использования в терапии алкоголизма *аутогенной тренировки*. Целью ее является нормализация вегетативных нарушений и снятие эмоционального напряжения. Аутогенная тренировка может способствовать закреплению аверсивной реакции, поэтому используется как важный компонент терапии алкоголизма в качестве активного метода саморегуляции, самокоррекции и самовоспитания (Филатов А. Т., 1979).

Для устранения чувства страха, напряженности и неуверенности в себе, которые обычно испытывают лица, страдающие алкоголизмом, в состоянии абстиненции (в том числе и достаточно длительной) используются методы поведенческой терапии — *систематическая десенсибилизация* и др.

При лечении алкоголизма применяются также и другие методы *поведенческой психотерапии*. К ним относится, в частности, тренировка *самоконтроля*. В качестве такой методики можно рассматривать применявшуюся в 50-х гг. попытку обучения пациентов контролируемому употреблению алкоголя. Пациент обучался определять уровень алкоголя в крови по появляющимся у него на лице пятнам или чувству оцепенения. У него была возможность сравнивать свое самочувствие с записанной на видеомagneтофоне реакцией. Применялся также электрошок, когда пациент пил чересчур большими глотками, большими порциями или когда содержание алкоголя в крови превышало определенный уровень. Другие поведенческие методы, состоящие в обучении альтернативному поведению (работа над снижением позитивной ценности питья и тренировка супружеской пары), находят применение в большинстве терапевтических программ. В последние годы в психотерапии больных алкоголизмом используются также технические подходы *нейролингвистического программирования*.

Большая часть методов терапии больных алкоголизмом (гипнотерапия, апоморфинотерапия, аутотренинг и др.) применяется в группах, что способствует повышению эффективности лечебного воздействия.

Основной тенденцией развития психотерапии алкоголизма на современном этапе, как отмечают Б. М. Гузиков (1982), Б. М. Гузиков, Риббшлегер (Ribbschlager М.), О. Ф. Ерышев и др. (1989), является ее эволюция от гетеро- и аутосуггестивных воздействий, направленных на выработку отвращения к алкоголю, от разъясняющей терапии в группах к глубокому анализу личности больного, системы его ценностных отношений, имеющему своей целью повышение социально-психологической адаптации пациента и в результате этого — отказ его от употребления алкоголя. Учитывая роль психосоциальных факторов в возникновении, течении, компенсации и декомпенсации алкоголизма, важнейшее место в его комплексном лечении следует отвести *групповой психотерапии*. Нежелание человека, страдающего алкоголизмом, признать себя больным, некритичность, невозможность правильно оценить отрицательное влияние пьянства на личную и семейную жизнь, социальные отношения, производственную деятельность, отсутствие установки на полное воздержание от употребления алкоголя, неспособность пациента самостоятельно выработать правильный путь трезвеннической жизни, неадекватное представление о себе рассматриваются в качестве основных объектов воздействия групповой психотерапии при алкоголизме.

В исследованиях отечественных авторов, как и во многих зарубежных работах, подчеркивается, что групповая психотерапия при алкоголизме обычно включена в более широкую программу лечебно-



восстановительных воздействий: купирование похмельного синдрома и последствий интоксикации путем использования медикаментозных и общеукрепляющих средств, *индивидуальная психотерапия* (рациональная, гипноз и др.), *поддерживающая психотерапия*, трудотерапия, культурно-развлекательные мероприятия и т. п. (Зобнев В. М., 1981; Мейроян А. А., 1981, Бокий И. В., Цыцарев С. В., 1982; Мелик-Парсаданов М. В., 1983, и др.). Что касается форм групповой психотерапии, то при алкоголизме основу ее составляют дискуссионные (недирективные) варианты с частым использованием дополнительных технических приемов (пантомима, разыгрывание ролевых ситуаций, *проективный рисунок* и др.).

Дифференцируя цели групповой психотерапии при алкоголизме на задачи первого (изменение отношения к болезни, преодоление алкогольной анозогнозии) и второго этапов (коррекция интрапсихических и межличностных проблем), И. В. Бокий и С. В. Цыцарев для их решения привлекают различные методики. Вначале это дискуссионные формы психотерапии (в том числе биографически-ориентированные занятия), лекции и др., затем наряду с дискуссией используются проективный рисунок, разыгрывание ролевых ситуаций, пантомима, поведенческие приемы. Сочетание последних, по мнению авторов, является более адекватным для воздействия на механизмы *психологической защиты*, анализа истинных мотивов поведения, идентификации больными своих эмоциональных состояний, выделения способов межличностного поведения, повышения адекватности представления о себе.

Особенностью групповой психотерапии при алкоголизме является наличие в ней выраженного компонента *рациональной психотерапии*.

Направляемое психотерапевтом взаимодействие пациентов в группе, способствуя улучшению взаимоотношений между ними, создает наиболее благоприятные условия для обсуждения истории жизни пациентов, нахождения путей разрешения конфликтных ситуаций, как связанных, так и не связанных с алкоголизмом. Важным элементом психотерапевтической тематики является формирование соответствующего реагирования пациента на возможные рецидивы болезни, т. е. готовности быстрого установления контакта с лечебными учреждениями. При необходимости на последних занятиях обсуждаются перспективы дальнейшего общения больных друг с другом, их встречи в клубе пациентов, лечившихся от алкоголизма, в летнем лагере и т. д. Сеансы групповой психотерапии проводятся 2-4 раза в неделю по 1,5-2 часа в группах по 7-9 человек. Некоторые авторы считают предпочтительными закрытые группы, включающие пациентов с разными клиническими проявлениями алкоголизма, отличающихся по возрасту, профессии, образовательному уровню, с различными сроками алкогольной зависимости. Работа в гомогенных группах — рабочих, лиц с техническим или гуманитарным образованием, людей, близких по возрасту — менее эффективна. Занятия проводятся одним или двумя психотерапевтами (в качестве *котерапевта* может выступать врач-нарколог или психолог). Важным показателем к групповой психотерапии является наличие у пациентов мотивации к выздоровлению и особенно к участию в работе группы. Основными противопоказаниями могут быть явно негативное отношение больного к групповой психотерапии, выраженные симптомы деградации личности.

Необходимо подчеркнуть, что эффективность групповой психотерапии при алкоголизме тесно связана с *семейной психотерапией*, выступающей в качестве важного дополнения к ней и проводимой обычно с самого начала лечения больного (психотерапия супружеских пар, в группах жен, мужья которых страдают алкоголизмом, и др.). При этом задача семейной психотерапии — выявление основных конфликтов супругов, реконструкция семейных отношений, адаптация семьи к режиму трезвости, укрепление установок больного на трезвость. Фридман и др. (Friedman V. et al., 1976) исследовали 100 жен алкоголиков с целью выяснения их роли в выработке положительной мотивации к лечению у их мужей. Обнаружена статистически значимая зависимость между степенью активности отношения жен к лечению и терапевтическим эффектом при алкоголизме. Одновременно установлено, что в тех семьях, где жены привлекались к психотерапии, в особенности групповой, отношения значительно улучшились.

Опыт двухлетней работы с тремя группами супружеских пар (44 человека), проводимой врачом и психологом, обобщен в публикации В. М. Зобнева и Т. Г. Рыбаковой (1979). *Супружеская психотерапия* начиналась после завершения стационарной групповой психотерапии пациентов и

выписки их из клиники. В качестве основы для создания групп поддерживающей психотерапии рассматривалось желание супружеской пары сохранить семью и участвовать в лечении. Занятия проводились 1 раз в неделю в первые 3 месяца, далее 2 раза в месяц в 1-й год работы и 1 раз в месяц на 2-м году психотерапии. Каждое занятие продолжалось 3-4 часа; психотерапия с группами дополнялась клубными формами работы.

Преимуществом между групповой и семейной психотерапией, добровольность участия в рамках различных организационных форм (в амбулаторных, полустационарных и стационарных условиях), адекватность целей, задач и видов психотерапии этапам лечения — важные предпосылки эффективности всей системы лечебно-восстановительных воздействий при алкоголизме.

Опубликованные работы по психотерапии при алкоголизме отражают ее особенности для различных категорий пациентов. В случае групповой психотерапии пожилых алкоголиков отмечается менее интенсивная *групповая динамика*, пациенты более зависимы от активности психотерапевта, положительные терапевтические результаты наблюдаются на более поздних стадиях лечения, для включения группы в активную деятельность требуется гораздо больше времени. Установлено, что терапевтически эффективнее группы, составленные из пациентов, начавших злоупотреблять алкоголем под влиянием психотравмирующих обстоятельств в зрелом возрасте. При групповой психотерапии женщин, страдающих алкоголизмом, прежде всего приходится учитывать заинтересованность пациенток в разрешении таких проблем, как социально-психологическая изолированность, нарушения женской роли, трудности в общении с противоположным полом, в воспитании детей и др. При этом вопросы, связанные с преодолением алкогольной анозогнозии, сохраняя свое значение, отступают на второй план. Подчеркивается специфика отношений между психотерапевтом и группой пациенток: особое значение здесь приобретает наличие у психотерапевта достаточно выраженной *эмпатии*, отказ от осуждающих моральных оценок и пр.

Большое влияние на формирование ремиссии оказывает участие в движении самопомощи, религиозное мировоззрение. Часть исследователей подчеркивают тесную связь между прекращением потребления алкоголя и участием в собраниях групп анонимных алкоголиков.

Сравнение видов и методов лечения демонстрирует лишь несущественные различия в их результативности. По мнению большинства ученых, наибольший эффект достигается, когда терапия учитывает индивидуальные качества и потребности пациента, а также сопровождается поддержкой после лечения. Немалое значение имеет интенсивность и качество терапевтических сеансов.

Осмысление разнообразных концепций о причинах возникновения зависимости от алкоголя приводит к *осознанию* того, что для лечения, а прежде всего «упорядочения» отдельных плоскостей, на которых формируется болезнь, необходим многопрофильный коллектив профессионалов. В нем наряду с врачом должны быть представлены психологи или соответственно подготовленные специалисты в области педагогики, ресоциализации, социологии, семейных отношений, отдыха и здорового образа жизни, социальные работники, духовные лица. Особая роль отводится инструкторам, которыми становятся чаще всего люди, не пьющие несколько лет, в прошлом страдавшие алкоголизмом. Эти инструкторы, пройдя соответствующую подготовку, благодаря личному опыту являются наиболее полезными особенно на первом этапе лечения, когда преодолевается алкогольная анозогнозия (комплекс отрицания). Благодаря им процесс выработки реалистического взгляда на болезнь происходит быстрее и эффективнее. Будучи живым примером выздоровевшего пациента, они вселяют в больных и коллег по коллективу надежду на успех.

Программа выздоровления рассчитана на несколько месяцев и даже лет. Ее началом являются интенсивные, структурированные, проводимые в стационарных условиях в течение нескольких недель занятия. Стационарное лечение зависимых от алкоголя лиц, в отличие от госпитального лечения других заболеваний, не рассчитано только на тяжелых, так называемых безнадежных больных. Стационарные условия позволяют повысить интенсивность занятий и в короткое время добиться того, на что в амбулаторных условиях требуются многие месяцы. Второй этап — это поддерживающая терапия, осуществляемая в амбулаторных условиях. В диспансерах, располагающих только амбулаторными программами терапии, процесс выздоровления проходит гораздо медленнее из-за низкой интенсивности занятий. Очень ценным дополнением ко всем формам терапии является участие в собраниях групп анонимных алкоголиков, членов их семей в собраниях Аль-Анон (для лиц, связанных

эмоционально с алкоголиками) и Аль-Атин (для детей алкоголиков). Для части пациентов полезны контакты с Клубом абстинентов, располагающим квалифицированной терапевтической помощью.

Кроме названных методов лечения зависимых от алкоголя лиц существуют программы лечения, направленные на воспитание, образование, просвещение окружающей пациента среды, на выработку более рационального поведения в случаях нарушения ремиссии и быстрое обращение за помощью.

См. также *Массовая эмоционально-эстетическая психотерапия алкоголизма Григорьева, Сообщество анонимных алкоголиков (АА) и его программа «12 шагов», Стрессопсихотерапия алкоголизма («кодирование») Довженко.*

## **ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ НЕВРОЗАХ И ДРУГИХ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЯХ.**

Наиболее распространенное представление о неврозах как психогенных расстройствах, в механизмах развития, компенсации и декомпенсации которых определяющая роль принадлежит психическому фактору, объясняет адекватность и широкое распространение различных форм психотерапии прежде всего при этой группе заболеваний. Само же содержание психотерапии при неврозах, ее цели и задачи различны и определяются той концепцией, которой придерживается психотерапевт.

В отечественной литературе последнего периода наибольшее число работ посвящено психотерапии неврозов, опирающейся на принципы патогенетической концепции, основанной на психологии отношений (Мясищев В. Н., 1960; Карвасарский Б. Д., 1990). Согласно этой концепции невроз представляет собой психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека. Психологический конфликт при этом рассматривается с позиций диалектического единства объективных и субъективных факторов его возникновения и развития, его социальной, нейрофизиологической и психической природы. Основная цель психотерапии — изменение нарушенной системы отношений больного, коррекция неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения, необходимой предпосылкой которой является осознание больным причинно-следственных зависимостей между особенностями его системы отношений и заболеванием. Это, в свою очередь, требует от психотерапевта глубокого и всестороннего изучения личности больного, эмоционального реагирования, знания индивидуального своеобразия его мотиваций, структуры и функционирования системы отношений и, следовательно, важнейшего звена этиопатогенетических механизмов возникновения и сохранения патологического состояния.

В последние десятилетия отмечается смещение акцента с *индивидуальной психотерапии* неврозов к разработке системы *групповой психотерапии*, которая позволила бы более эффективно восстанавливать нарушенные отношения личности, играющие роль в патогенезе неврозов, и перестраивать их путем воздействия на все основные компоненты отношения — познавательный, эмоциональный и поведенческий.

Вопросам *личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова*, возникшей на основе *патогенетической психотерапии Мясищева*, посвящены многочисленные работы его учеников и последователей (Либих С. С., 1974; Мягер В. К., 1976; Исурина Г. Л., 1983; Ташлыков В. А., 1984; Карвасарский Б. Д., 1985; Александров А. А., 1992; Абабков В. А., 1993; Тупицын Ю. Я., 1993, и др.). В этих работах освещены основные аспекты психотерапии неврозов с позиций указанной концепции; место ее в системе лечебных воздействий при неврозах, проблема соотношения осознаваемых и неосознаваемых форм психической деятельности в психотерапии; взаимоотношения врача и больного, соотношение личностно-ориентированной и *симптоматической психотерапии* при неврозах; критерии и методы оценки эффективности психотерапии.

Опыт групповой психотерапии неврозов обобщен В. А. Мурзенко (1975), Е. В. Кайдановской (1982), Г. Л. Исуриной (1983), А. П. Федоровым, Э. Г. Эйдемиллером (1984) и др. Применению психотерапии при неврозах посвящены многочисленные работы представителей психодинамической, экзистенциальной и других школ (Карпова Э. Б., 1979; Липгарт Н. К. и др., 1979; Бакирова Г. Х., 1983; Голынкина Е. А., 1991; Простомолотов В. Ф. 1989; Менделевич В. Д., 1991; Ялов А. М., 1992; Чехлатый Е. И., 1994; Moreno J. L., 1965; Hock K., 1976; Leder S., 1976; Kratochvil S., 1978; Aleksandrowicz J. W., 1983; Thoma H., Kachele H., 1988).

При неврозах используется широкий спектр форм групповой психотерапии: *групповая дискуссия, психодрама, психопантомима, психогимнастика, проективный рисунок, музыкотерапия, двигательная*

*терапия* и др. Психотерапия проводится как в открытых, так и в закрытых группах численностью 25-30 (большие группы) или 8-12 человек (малые группы). Чаще всего организуются группы, гомогенные в этиопатогенетическом отношении (определяющая роль психогенного фактора в развитии заболевания) и гетерогенные в прочих (форма невроза, пол, возраст, синдром). Реже объединяются в группы больные с аналогичными симптомами (чаще с фобиями), в которых тренирующие, применяемые в реальных проблемных ситуациях терапевтические методы, центрированы на симптом. Практически вряд ли можно говорить о противопоказаниях к групповой психотерапии для больных неврозами, хотя и существует ряд определенных требований по подбору и комплектованию группы (например, не рекомендуется включение в одну группу более 2-3 больных с истерической или ананкастической акцентуацией характера, тяжелой обсессивной симптоматикой и т. д.; из больных моложе 18 и старше 50 лет более целесообразно создавать гомогенные по возрасту группы). Частота групповых занятий может быть различной — от одного раза в неделю до ежедневных — и определяется возможностями и направленностью учреждений. Оптимальная длительность занятия 1—1,5 часа. Рассматривая механизмы лечебного действия групповой психотерапии при неврозах, большинство авторов в качестве основного указывают на *обратную связь* или *конфронтацию* участников группы со своими проблемами и своим поведением.

В то время как личностно-ориентированная психотерапия наиболее полно реализует этиопатогенетический подход к пониманию и устранению причин и механизмов развития неврозов, другие методы, используемые при неврозах, основаны на симптоматических психотерапевтических воздействиях, т. е. направленных в большей мере на смягчение или ликвидацию невротической симптоматики.

С помощью *гипнотерапии* можно воздействовать практически на все симптомы при неврозах, касающиеся как основных психопатологических их проявлений (страх, тревога, астения, депрессия), так и других невротических синдромов (нейровегетативные и нейросоматические, двигательные и чувствительные расстройства и т. д.). При неврозах могут быть использованы различные виды гипнотерапии: *мотивированное внушение по Иванову*, имеющее не только симптоматическую, но и в известной мере патогенетическую направленность; удлинённая гипнотерапия В. Е. Рожнова (1979); длительный *гипноз-отдых* К. И. Платонова (1962). Могут быть использованы также *фракционный гипноз*, *ступенчатый активный гипноз по Кречмеру* и др. Терапевтический эффект от суггестивных воздействий в гипнозе может быть получен во всех 3-х его стадиях — сомнолентности, гипотаксии и сомнамбулизма. Гипнотерапия при неврозах может проводиться в форме индивидуального и коллективного гипноза (точнее, гипноза в группе). Авторы, применяющие гипнотерапию, практически едины в том, что она наиболее показана при истерическом неврозе и в меньшей степени при неврастении и неврозе навязчивых состояний. Подчеркивая хорошо известную высокую лечебную эффективность гипнотерапии даже при длительных истерических конверсионных моносимптомах, следует указать, что при целевом, особенно рентном характере симптома, она чаще оказывается безрезультатной, ее эффективность целиком определяется установкой на излечение.

Метод *аутогенной тренировки* наиболее показан при неврастении (общевевротическая симптоматика; нейровегетативные и нейросоматические синдромы при более высокой эффективности в случае преобладания симпатического тонуса; нарушения сна, особенно засыпания, состояния тревоги и страха, нередко выраженные фобии, в особенности при сочетании аутогенной тренировки с условно-рефлекторными методами; сексуальные нарушения и т. д.). В меньшей степени этот метод показан больным с выраженными астеническими, ипохондрическими, обсессивно-фобическими расстройствами и с истерическим неврозом. Г. С. Беляев (1971) отметил хорошие терапевтические результаты применения аутогенной тренировки в амбулаторной практике (стабилизация ремиссий и предупреждение рецидивов неврозов).

В последние годы при лечении больных неврозами получает распространение методика *биологической обратной связи*. Применение установки биологической обратной связи для достижения глубокой телесной и психической *релаксации* позволяет во много раз сократить время овладения аутогенной тренировкой и существенно повысить ее эффективность. Вместе с тем результаты лечения этим методом больных неврозами достаточно противоречивы. При его использовании необходимо учитывать такие психологические факторы, как повышение самооценки пациента, *самовнушение*,

плацебо-эффект и др.

Можно согласиться с А. М. Свядощем (1982) в том, что *внушение* в бодрствующем состоянии показано при всех формах неврозов. Реализуется оно преимущественно у людей с хорошей внушаемостью и, конечно, в значительной мере зависит от степени авторитетности врача. Если прямое внушение эффективно в большей степени при лечении истерических неврозов, то *косвенное внушение* может быть с успехом использовано и при других формах неврозов.

Метод *наркопсихотерапии* используется с целью снятия истерических зафиксированных моносимптомов, для осуществления суггестивных воздействий при фобических расстройствах с последующими функциональными тренировками (ходьба, поездки и т. д.), а также при других невротических нарушениях. Курс лечения может состоять из 10-20 процедур, проводимых ежедневно или через день. Из близких к наркопсихотерапевтическим методам при неврозах может использоваться метод применения газовой смеси кислород + закись азота. Методика эффективна при неврозах с фобической, ипохондрической и депрессивной симптоматикой. При фобиях на фоне действия и последствия закиси азота проводят функциональные тренировки, осуществление которых облегчается в этих условиях и особенно результативно в связи с эйфоризирующим и седативным эффектом газовой смеси. Наркопсихотерапия может выступать в качестве одного из вариантов так называемой абреактивной психотерапии. Следует присоединиться к точке зрения Кратохвила (1976), что при неврозах конфликтогенной природы методы отреагирования являются лишь симптоматическими, так как, уменьшая эмоциональное напряжение, они никогда не устраняют причин, которые вызвали невроз, и могут поддерживать его существование в дальнейшем.

*Поведенческие методы*, включенные в систему личностно-ориентированной психотерапии, весьма результативны при лечении прежде всего обсессивно-фобических расстройств (Якубзон А. М., 1989), в особенности изолированных невротических монофобий. Методы угашения страха в патогенной ситуации с помощью специально разработанной системы функциональных тренировок (Танцюра М. Д., 1956; Асатиани Н. М., 1979) оказываются эффективными в комплексе лечебно-восстановительных воздействий у больных неврозом навязчивых состояний даже при затяжном неблагоприятном его течении.

*Рациональная психотерапия* широко используется при лечении неврозов самостоятельно либо в сочетании с другими методами, а также с целью подготовки, например, к групповой психотерапии. Метод адресуется к логическому мышлению пациента, в качестве лечебных факторов выступают авторитет врача, *убеждение*, переубеждение, разъяснение, одобрение, отвлечение и др. Таким образом изменяют неадекватное отношение больного к заболеванию, разъясняют ему сущность невроза.

Выше были перечислены основные методы психотерапии, применяемые при неврозах. Для лечения этой группы заболеваний могут с успехом использоваться и другие известные методы психотерапии: *катарсическая психотерапия*, *библиотерапия*, *арттерапия* и т. д. Наряду с общими целями и задачами, решаемыми при психотерапии неврозов (как психогенных заболеваний, имеющих общую природу), своеобразие клинического их проявления требует известной индивидуализации лечения, предпочтительного использования при различных невротических формах и синдромах тех или иных методов психотерапии.

С учетом роли семейных конфликтов в этиопатогенезе и течении неврозов в качестве одной из специфических форм психотерапии в их комплексном лечении применяется *семейная психотерапия* (Мишина Т. М., 1983; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990, 1999; Richter Н. Е., 1970, и др.). Она представляет собой процесс группового воздействия, направленного на изменение межличностных отношений и имеющего своей целью устранение эмоциональных нарушений в семье или их компенсацию. В процессе психотерапии каждый конфликт анализируется с учетом истории семьи, ее прошлого опыта, психологических особенностей ее членов и пр.

Роль психотерапии при акцентуациях характера и психопатиях определяется значением психогенных факторов в динамике состояния больного. Чем больше их удельный вес в декомпенсации пациента по сравнению с биологической недостаточностью, тем большего успеха можно ожидать от психотерапии (Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980; Личко А. Е., 1985; Семке В. Я., 1992, 1996). До последнего времени существует точка зрения об ограниченной эффективности психотерапии при психопатиях. Однако, как отмечает А. Е. Личко (1979), она может быть несомненно полезной при

психопатиях как сама по себе, так и в качестве метода, подготавливающего почву для педагогических воздействий. Психотерапевтический подход, начиная с установления первых же контактов с пациентом, должен ориентироваться на тип психопатии. Так, при преобладании гипертимных проявлений пациент идет на контакт, если чувствует доброжелательное отношение к себе, интерес к своим проблемам; при аффективной неустойчивости предпочтительнее директивный стиль психотерапии и т. д. В последнее время при психопатиях все чаще применяется групповая психотерапия, и многие авторы подчеркивают, что она позволяет пациентам лучше оценить свои реакции на жизненные трудности, выявить индивидуально-непереносимые ситуации, способствующие декомпенсации, продемонстрировать реакции группы на их поведение; *конфронтация* этих больных с лицами, имеющими аналогичные проблемы, позволит сделать первых более восприимчивыми к лечению и добиться большей их социализации, нивелировки характерологических девиаций. По мнению Лион и др. (Lion J. et al., 1977), главное, чего позволяет добиться групповая психотерапия, это научить предвидеть последствия своего поведения и корректировать его в конкретных условиях. Рекомендуется проводить лечение пациентов с психопатиями в малых группах (лучше всего объединяя их с больными неврозами и другими пограничными состояниями). Применяются дискуссионные формы и иные техники.

Психотерапия в настоящее время используется также в работе с делинквентными подростками. В формировании делинквентного поведения подростков существенную роль играют психопатии к акцентуации характера (Личко А. Е., 1985). Э. Г. Эйдемиллером и В. В. Юстицким (1982) представлен опыт работы с делинквентными подростками с гипертимными, эпилептоидными, истероидными и неустойчивыми типами акцентуаций характера и психопатий. В качестве основных психотерапевтических принципов авторы отмечают: 1) необходимость реализации и активизации позитивных свойств личности делинквентного подростка и 2) противодействие негативным качествам с переключением активности подростка на иные социально приемлемые цели. На основе своего опыта авторы дают рекомендации по использованию форм и техник, адекватных для различных акцентуаций. Работа С.А. Кулакова (1989) также посвящена перспективам использования групповой психотерапии у подростков с пограничными психическими расстройствами, прежде всего с ситуационно-обусловленными нарушениями поведения на фоне акцентуации характера. На основании собственных исследований и данных зарубежных авторов рассматриваются цели, задачи, показания к групповой психотерапии, подбор пациентов в группы и их типы, групповой процесс и динамика, формы проведения занятий, *механизмы лечебного действия групповой психотерапии* у данного контингента пациентов. Групповая психотерапия направлена на повышение самооценки, тренировку механизмов купирования патогенных воздействий, приходящихся на область наименьшего сопротивления каждого типа акцентуации характера, на усиление чувства ответственности за свое поведение, поиск путей для семейной реадaptации, расширение временной перспективы, разрушение неадекватных механизмов *психологической защиты*.

Большой интерес представляет опыт использования при психопатиях «клинической психотерапии творчеством» (Бурно М. Е., 1999). Терапия творческим самовыражением, глубоко индивидуализированная, основанная на тонком знании особенностей психопатической личности, ее структуры, клинического состояния, включает в себя создание творческих произведений (на занятиях живописью, скульптурой, художественной фотографией), общение с природой и др. М. Е. Бурно указывает на три лечебных фактора при психотерапии данным методом:

- 1) возвращение собственной индивидуальности,
- 2) *катарсис*,
- 3) возникновение контактов, общение с другими людьми благодаря своему творчеству.

Психотерапия осуществляется в индивидуальной, чаще в групповой форме. По данным автора, особенно показана она пациентам с психастенической, истерической и некоторыми другими видами психопатий и акцентуаций характера.

Важное значение при психопатиях приобретает семейная психотерапия (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999, и др.). Э. Г. Эйдемиллер выделяет две фазы психотерапевтического процесса: регистрирующую (получение сведений о больном и его семье, для чего используются как клинический метод, так и специальные психологические исследования) и реконструктивную. Психотерапевтическая работа осуществляется в форме индивидуальных и групповых занятий. Автором описывается тактика

семейной психотерапии при акцентуациях характера, патохарактерологических развитиях и психопатиях. Методы индивидуальной и групповой психотерапии достаточно перспективны при акцентуациях характера и психопатиях. Вопросы их дифференцированного применения в зависимости от характера нарушений, выбор оптимальных сочетаний психотерапевтических приемов и другие вопросы нуждаются в дальнейших исследованиях.

Психотерапия при ситуационных реакциях получает широкое распространение при работе с лицами, оказавшимися в кризисных ситуациях. Целью терапевтической кризисной интервенции (по Hafner Н., 1974) является активное преодоление измененной жизненной ситуации; для проведения терапевтической интервенции необходимы немедленная клиническая и психологическая диагностика, освобождение от эмоциональной нагрузки, переработка лишь актуальной проблематики, доверие к пациенту и понимание его. Наряду с краткосрочной интенсивной индивидуальной психотерапией, адекватной задачам, вытекающим из кризисной ситуации, в частности сопровождающейся суицидальной попыткой, описаны различные методы групповой психотерапии (Мягер В. К., Самохина Т. В., 1979; Мягер В. К. и др., 1981; Конончук Н. В. и др., 1982; Farberow N. L., 1976). Показаниями к групповой психотерапии суицидентов служат реально возникшая изоляция или субъективное чувство одиночества, проблемы с установлением межличностных контактов или неудовлетворенность ими, трудность эффективного *самоконтроля*, чувство собственной неполноценности, заниженная или неадекватная самооценка. Указанные проявления сопровождаются несоответствующими, отвергаемыми обществом формами поведения. Суициденты обычно включаются в состав уже работающей группы больных неврозами, преневротическими состояниями и лиц с трудностями общения, составляя до 30% от общего количества (10-12 человек). Занятия проводятся 1 раз в неделю, используются вербальные и невербальные методики. Суициденты принимают также участие в работе клуба бывших пациентов. Фарбероу описывает различные методы групповой психотерапии в работе с суицидентами: drop in group («забежать в группу»), краткосрочная послекризисная группа (2 занятия в неделю в течение 2 месяцев), долгосрочная групповая психотерапия, из которых лишь последняя имеет своей задачей достижение *инсайта* и позитивные личностные изменения. Работа Е. Ю. Собчик (1988) посвящена пациенткам в возрасте от 40 до 50 лет, пережившим ситуацию распада семьи по инициативе супруга. Все они в момент обращения находились в состоянии дезадаптации, которая по степени выраженности приближалась к уровню психопатических реакций. При психологическом исследовании установлены заострение тех или иных черт характера и избирательная уязвимость в отношении патогенных воздействий, вследствие чего формировались однотипные поведенческие реакции. Описаны особенности групповой психотерапии применительно к пациенткам двух групп: с преобладанием стенических и гипостенических черт. Повторное исследование показало позитивные сдвиги в случае применения методик «жизненный путь», «интерперсональная диагностика» и др.

Исходя из приведенных данных об основных направлениях действия разных методов психотерапии, можно считать, что в схематическом плане значимость и соотношение биологических, психологических и социальных воздействий при пограничных психических расстройствах (в свою очередь, определяемых соотношением биологических, психологических и социальных звеньев их патогенеза) могут быть представлены следующим образом: устранение или смягчение их клинических проявлений на начальном этапе лечения с помощью оптимального сочетания биологических и психосоциальных воздействий — *осознание* пациентом психосоциальных механизмов болезни и реконструкция нарушенных отношений личности в процессе индивидуальной и особенно групповой психотерапии — восстановление полноценного социального функционирования на заключительном этапе лечения при доминирующей роли собственно социально-педагогических воздействий.

**ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПСИХОЗАХ.** Психотерапия, особенно адекватная в случае психогенных расстройств, прежде всего в групповых ее формах, применяется также при психических заболеваниях эндогенного характера. На значение психотерапии в лечении психозов указывали такие известные отечественные психиатры, как С. С. Корсаков (1911), Ю. В. Каннабих (1934), в более позднее время С. И. Консторум (1962), М. М. Кабанов (1985), В. Д. Вид (1991), Т. Б. Дмитриева, Б. С. Положий (1994), А. А. Чуркин (1995), Б. А. Казаковцев (1996) и др. Основная литература по данной проблеме посвящена психотерапии при шизофрении и эндогенных депрессиях (Горелик Б. М., 1982; Холмогорова А. Б., 1993; Мазо Р. Е., 1995; Бабин С. М., 1999, и др.). При этих заболеваниях психотерапию обычно

включают в систему биологического лечения и социально-реабилитационных воздействий. Отечественные и другие авторы, рассматривающие шизофрению как органический мозговой процесс или признающие ее генетическую обусловленность, вместе с тем отмечают, что ее клиническая картина не только складывается из симптоматики, определяемой самим патологическим процессом, но и включает в себя в большей (например, при малопрогрессирующих формах шизофрении) или меньшей степени различные феномены личностно-психологической природы. Психотерапия показана при малопрогрессирующей шизофрении; при более злокачественных формах она используется главным образом в период ремиссии и становления ремиссии, а также при постпроцессуальных состояниях с относительно неглубоким дефектом (резидуальная шизофрения). Методы, содержание психотерапии определяются своеобразием фаз, форм и типов течения заболевания. Большое значение приобретает правильный учет соотношения психотерапевтической тактики и биологической терапии в системе восстановительного лечения пациентов с эндогенными психозами.

Основными задачами психотерапии при шизофрении являются: предотвращение изоляции больных в обществе и аутизации; социальная активация и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением; формирование критического отношения к болезни и дезактуализация психотических переживаний; потенцирование антипсихотического действия биологических методов лечения; подготовка больных к выписке и профилактика явлений внутрибольничного госпитализма, который нередко наблюдается в современных реабилитационных отделениях для психически больных. Большинство психиатров, признающих психогенетическую природу шизофрении, неправомочно придают психотерапии ведущее значение в лечении этого заболевания. Широкому распространению индивидуальной аналитической психотерапии препятствовали ее трудоемкость, длительность и высокая стоимость, поэтому гораздо чаще используются групповые формы психотерапии — групповой психоанализ, *психодрама*, недирективная, поведенческая, *рационально-эмоциональная психотерапия* и др. (Slavson S. R., 1947; Fromm-Reichmann F., 1958; Enke H., 1966; Foulkes S. H., 1966; Schindler R., 1967). В отечественной литературе также представлен разнообразный опыт применения психотерапии при шизофрении. В. М. Воловик (1980) и его сотрудники в известной мере условно и схематически выделяют несколько уровней задач и соответствующих им форм *групповой психотерапии* при малопрогрессирующих формах шизофрении. Решение задач первого уровня (стимулирование эмоциональности, социальная активация и налаживание коммуникаций) осуществляется с помощью групп творческой активности (*арттерапия*, *музыкотерапия*, *проективный рисунок* и др.), с помощью психомоторики, пантомимы, простых форм коммуникативно-активирующей терапии (литературный пересказ, свободная импровизация диалогов и их обсуждение). Для решения задач второго уровня (выработка адекватных форм поведения, тренировка общения и повышение уверенности в себе) используются наряду с указанными выше методы функциональной тренировки поведения. Третий уровень задач (достижение правильного представления о болезни и нарушениях поведения, коррекция установок и отношений и оптимизация общения) требует привлечения более сложных вариантов коммуникативной психотерапии и проблемно-ориентированных дискуссий. Наконец, четвертому уровню задач (раскрытие содержательной стороны конфликтных переживаний, перестройка системы отношений и нахождение адекватных форм психологической компенсации) в большей мере соответствует методика свободных вербальных дискуссий. Согласно авторам, различные формы могут применяться последовательно, одновременно или избирательно, что определяется всей совокупностью клинических, психологических и социальных представлений о больном и болезни.

Дальнейшим развитием указанных выше положений явилась разработанная В. Д. Видом (1991) раскрывающая реконструктивная психотерапия больных малопрогрессирующей шизофренией с определением ее мишеней и типов вмешательства. К числу мишеней психотерапевтической коррекции при данном заболевании автор относит искажения восприятия важнейших мотивационных структур, основные дезадаптивные психологические установки, феномены нарушения внутренней картины болезни. В качестве основных типов вмешательства в раскрывающей реконструктивной психотерапии указываются *эмоциональная поддержка*, стимуляция, совет, разъяснение, уточнение, *конфронтация*, объективация, *интерпретация*. Дана содержательная характеристика каждого из указанных феноменов. Разработанный метод может использоваться в индивидуальном и групповом вариантах.



Лечение больных шизофренией может осуществляться в терапевтических группах, в которых участвуют пациенты, страдающие другими психозами и пограничными состояниями (включая больных неврозами), что позволяет использовать стимулирующую роль непсихотических пациентов в группах, неоднородных по нозологическому составу, а также по возрасту, полу, образованию, продолжительности болезни и психотерапевтическому опыту. Численность группы 6-14 человек (Weise K., 1980).

Поскольку важной клинико-экономической задачей является максимальное сокращение времени пребывания больного в отделении, во многих случаях целесообразной оказывается *краткосрочная психотерапия*, ставящая перед собой реалистические и скромные цели, в частности разъяснение пациенту причин и механизмов ухудшения его состояния и оказание помощи в приобретении нового опыта, который позволит ему лучше справиться с трудной ситуацией в будущем. Поведение психотерапевта в подобных группах больных психозами должно быть более активным и директивным, чем в группах больных неврозами, открытым, с четким модулированием своих эмоций и рефлексии (Dabrowski S. et al., 1979). И другие авторы также указывают на то, что в группах больных шизофренией и иными психозами психотерапевт должен взять на себя большую ответственность за события, происходящие в группе, и подчеркивают предпочтительность его активной позиции.

Представляет интерес опыт лечения больных хроническими психозами, длительно пребывавших в закрытых психиатрических стационарах, методом групповой психотерапии вне стен больницы, например в парках (подвижная психотерапия). Больных просят вести себя таким образом, чтобы их поведение не давало оснований окружающим видеть в них пациентов психиатрической больницы. Подобная форма групповой психотерапии эффективна, так как выявляет у больных дополнительные возможности изменения своего поведения.

Что касается групповой психотерапии пациентов с острыми психотическими состояниями, то эффективность ее сомнительна, а у вновь поступивших в стационар больных результаты негативны.

Литература, посвященная применению индивидуальной и групповой психотерапии при эндогенных депрессиях, противоречива и во многом определяется теоретическими позициями, касающимися механизмов развития заболевания. В то время как исследователи, признающие соматогенную природу эндогенных депрессий, весьма скептически рассматривают возможную эффективность психотерапии при этих заболеваниях, психиатры психодинамической, экзистенциальной и других ориентации, напротив, считают ее необходимой, а некоторые авторы — и ведущим методом лечения (Benedetti G., 1946, Bellack A. S., et al., 1981).

Возрастающий интерес к групповой психотерапии депрессивных состояний в настоящее время объясняется, во-первых, увеличением числа таких больных и, во-вторых, патоморфозом заболевания, увеличением числа стертых, атипично протекающих депрессивных расстройств, характеризующихся затяжным, часто неблагоприятным течением. При определении целей групповой психотерапии депрессивных больных обычно подчеркивается, что хотя психотерапия не приводит к снятию эндогенной симптоматики, группа способствует возникновению у пациентов чувства принадлежности и безопасности, изменению представлений о неповторимости и исключительности их заболевания, уменьшению в связи с этим напряженности, перестройке отношения к своей болезни, укреплению веры в успех лечения, повышению самооценки, выработке более адекватных жизненных планов (Днепровская С. В., 1975). Групповая психотерапия (различные вербальные и невербальные приемы) при эндогенных депрессиях обычно сочетается с биологической терапией и проводится после снятия острой депрессивной симптоматики. Различно отношение к обсуждению в группе вопросов, связанных с суицидальными тенденциями у больных. Одни авторы полагают, что таких пациентов не следует включать в группу из-за того, что эти тенденции могут усилиться. Другие считают это и возможным, и необходимым, поскольку суицидальные тенденции часто бывают скрыты и работа в группе их выявляет.

Противорецидивный эффект, достигаемый с помощью психотерапии при депрессии, весьма скромнен. Чем острее состояние больного, тем меньше показаны приемы раскрытия переживаний раннего детства и проработка «вторичных выгод» от заболевания. Среди отдельных методов психотерапии наилучшим образом зарекомендовали себя в комплексе с фармакотерапией *когнитивная психотерапия, интерперсональная психотерапия Клермана и Вейсман* и некоторые другие.

Вопрос о показаниях и противопоказаниях к групповой психотерапии для больных психозами разными авторами решается по-разному. Существует мнение, что не должно быть никаких ограничений для участия пациентов в группе, и в то же время указывается, что предварительный отбор необходим, не рекомендуется включать в группу острых психотических больных с выраженной степенью слабоумия, агрессивности, тревожности и т. п. В некоторых работах говорится о том, что окончательное решение о включении больного в *психотерапевтическую группу* можно принять, лишь проведя его через первичную, «вестибюльную» группу. Этой же цели служат так называемые «оценочные» группы, с помощью которых определяют характер и степень выраженности психопатологических расстройств, собственные цели и программу лечения больного, этап и тип лечения, показанный данному пациенту. В течение 8-10 занятий психотерапевт получает информацию, позволяющую ему выбрать наиболее адекватную тактику дальнейшего лечения. Основной задачей предварительного этапа групповой психотерапии является определение способности пациента к межличностному функционированию.

Говоря о прогнозе психотерапии в психиатрической клинике, Вайзе (Weise H., 1979) отмечает, что если успех ее в решающей степени зависит от того, насколько дифференцированно удалось при диагностике определить исходную ситуацию пациента, индивидуальные условия жизни, возможности, социальное положение, особенности его личности, то перевод психотерапевтической работы в повседневную жизнь (а таково важнейшее условие ее эффективности) зависит от структурно-организационных рамок, в которых психотерапия осуществляется. Психотерапию, начатую в стационаре, необходимо продолжать, и достаточно длительное время, в амбулаторных условиях (дневные и ночные лечебные учреждения, клубные формы, «защищенные» учреждения для работы и жилья и т. д.).

См. также *Раскрывающая реконструктивная психотерапия больных малопрогредиентной шизофренией Вида*.

**ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.** В настоящее время отмечается все большая интеграция психотерапии в соматической медицине. Объектом психотерапевтических воздействий становятся различные заболевания, и прежде всего так называемые психосоматические расстройства. Вместе с тем, как отмечает один из видных представителей психосоматической медицины Стоквис (Stokvis B.), «успехи психотерапии в психосоматике производят не столь уж радужное впечатление. Нет смысла их приукрашивать: во многих случаях результаты удручающе мизерны, а нередко и вовсе равны нулю». Зарубежные ученые подчеркивают, что соматические, в том числе психосоматические, пациенты являются малоперспективными для психотерапевтического воздействия, особенно для *психоанализа* (Sifneos P. E., 1973). Пытаясь объяснить трудности в использовании психотерапии при лечении соматических больных и считая, что основной из них является сложная природа психосоматических заболеваний, Карасу (Karasu T. B., 1979) конкретизирует некоторые из этих трудностей. К их числу он относит: роль собственно соматических (биологических) механизмов и их проявления; личностные характеристики, представления и защитные механизмы пациента, имеющие прямое отношение к лечебной мотивации и поведению во время лечения (например, выраженное *сопротивление* пациента, отрицание им роли психологических механизмов болезни и др.); негативное значение контрпереносных реакций у самих интернистов и психотерапевтов. Все это приводит к тому, что эффективная психотерапия таких пациентов становится трудноосуществимой, если не сказать — неосуществимой, задачей.

Приходится учитывать также общее отношение к психосоматической проблематике в медицине. Психосоматика, достаточно разработанная и разрабатываемая на теоретическом уровне, пока не приобрела популярности в здравоохранении и медленно внедряется в жизнь, практику обслуживания больных. Для рядового интерниста встреча с психосоматикой лишь краткий эпизод, не оказывающий влияния на его текущую работу: он не разбирается в ней и не понимает связанных с ней выгод; психосоматику не удастся завоевать авторитет и в силу того, что ему кажется, что этот авторитет уже приобретен (Flannery J., 1976).

Однако психотерапия, если ставить перед ней реалистические цели, оказывается несомненно полезной при различных соматических расстройствах. Направленная на восстановление тех элементов системы отношений пациента, которые определяют возникновение участвующего в этиопатогенезе заболевания психического стресса либо развитие в связи с последним невротических «наслоений»,

психотерапия способствует уменьшению клинических проявлений заболевания, повышению социальной активации больных, их адаптации в семье и обществе, а также повышает эффективность лечебных воздействий биологического характера. В связи с этим следует заметить, что, поскольку наиболее распространенной в настоящее время является медицинская модель заболевания, согласно которой лечение осуществляется прежде всего с помощью лекарств и процедур, широкие возможности предоставляет использование психотерапевтического опосредования и потенцирования воздействий биологической природы: лекарственных, диетических, физических и др. (Карвасарский Б. Д., Губачев Ю. М., 1981).

При лечении соматических заболеваний широко применяются различные методы психотерапии: *гипнотерапия*, *аутогенная тренировка*, *внушение* и *самовнушение* и др. Есть данные о положительных результатах использования *поведенческой психотерапии* у больных с психосоматическими заболеваниями. Основным в этом случае является преодоление зафиксированных реакций тревоги. С помощью указанных методов можно воздействовать на психопатологические нарушения — страх, астению, депрессию, ипохондрию, а также на нейровегетативные и нейросоматические функционально-динамические расстройства (со стороны сердечнососудистой, дыхательной, желудочно-кишечной и других систем).

Существенным стимулом к продолжающимся попыткам эффективного использования психотерапии в соматической клинике явилось развитие различных форм личностно-ориентированной, в том числе и групповой, психотерапии. Это находит отражение не только в зарубежной литературе, психодинамически- и экзистенциально-ориентированной, но и в работах авторов, хотя и отрицающих психогенез этих заболеваний, но в то же время признающих важную роль в их происхождении психосоциальных факторов. Объектом *групповой психотерапии* при этом, как и психотерапевтических воздействий в целом, являются психологические факторы патогенеза заболевания (интрапсихический конфликт; механизмы *психологической защиты*; «внутренняя картина болезни», в том числе патологическая реакция личности на заболевание; система значимых отношений больного, включая нарушенные в результате заболевания социальные связи пациента). Наибольший интерес в настоящее время представляют попытки применения групповой психотерапии при собственно психосоматических заболеваниях, а также вопросы соотношения ее с различными видами *симптоматической психотерапии*.

Обширная литература посвящена психотерапии при гипертонической болезни (Варшавский К. И., 1973; Буль П. И., 1974; Куликов П. Г., 1992). При лечении таких больных с помощью гипнотерапии наряду с уменьшением невротических и неврозоподобных нарушений отмечалось снижение или даже нормализация артериального давления. Подчеркивается целесообразность длительного лечения. Так, П. И. Буль (1974) рекомендует после массированного курса гипнотерапии (25-30 сеансов, проводимых через день) постепенно удлинять интервалы между сеансами, проводя их сначала через 2-3 дня, затем через 5, через 7, а потом и через 10 дней. Если зависимость эффективности гипнотерапии больных гипертонической болезнью от ее длительности, по данным автора, выступала достаточно явно, то глубина гипнотического сна и продолжительность его имели относительно меньшее значение. Кроме того, при лечении гипертонической болезни используется аутогенная тренировка, частота применения которой в санаторно-курортном лечении больных объясняется тем, что с помощью этого метода удастся достичь быстрого парасимпатического эффекта. Широко применяется при лечении гипертонической болезни метод *биологической обратной связи*, а также другие методы *релаксации* и психологического воздействия. Рассматривая цели и задачи психотерапии при гипертонической болезни, один из видных специалистов в этой области, Катценштейн (Katzenstein A., 1979), отмечает, что психотерапия при этом не должна ограничиваться освоением лишь методов релаксации, что ее следует направлять также на изменение неправильных позиций в отношении больного к разным сферам жизни, используя различные формы групповой психотерапии, что содержанием психотерапевтической работы с больными должны быть психотерапевтические воздействия, имеющие симптомо-, личностно- и социоцентрированную направленность.

Психотерапия становится существенным компонентом лечения на всех этапах восстановительной терапии пациентов с ишемической болезнью сердца, в том числе постинфарктных больных. Внезапность возникновения болезни и психологическая неподготовленность к ней вызывают

панический страх у пациента. Каждый диагностический или терапевтический акт в кардиологическом отделении должен иметь психотерапевтическое опосредование. Информация о тяжести состояния должна учитывать личностные особенности больного и по возможности быть исчерпывающей, чтобы предупредить неправильную или некомпетентную *интерпретацию* со стороны окружающих больного лиц (возможность эгзотогений и других ятрогенных воздействий). При ишемической болезни сердца, протекающей с приступами стенокардии, показана гипнотерапия. Курс лечения состоит из 10-20 сеансов, которые проводятся через день по 40 минут. Внушение строится не только в императивном тоне, но и в виде разъяснения и *убеждения*. Большое количество работ посвящено применению при ишемической болезни сердца, включая постинфарктный период, аутогенной тренировки. В. С. Юрданов (1977), В. П. Зайцев (1979) создали ее вариант, наиболее адекватный для больных, перенесших инфаркт миокарда. Из традиционной методики аутогенной тренировки были, в частности, исключены такие приемы, как «тяжесть», «сердце», «дыхание», и такие условия ее проведения, как поза «кучера», положение лежа, сопровождавшиеся нежелательными явлениями. В то же время были введены новые упражнения («легкость в теле», «тепло и свобода в груди» и др.) и элементы (например, «открытые глаза»), изменена последовательность освоения приемов аутогенной тренировки. Аутогенная тренировка оказывается полезной также на санаторном этапе восстановительного лечения больных ишемической болезнью сердца. Для устранения нарушений сердечного ритма (нередко в виде пароксизмальной тахикардии — наиболее частого осложнения в постинфарктном периоде) используется саморегуляция сердечного ритма с помощью методики биологической обратной связи. На поздних стадиях восстановительного лечения пациентов с ишемической болезнью сердца, в том числе больных, перенесших инфаркт миокарда, показана групповая психотерапия. Занятия проводятся в группах (по 12-14 пациентов), при формировании которых учитывается возраст и образование (группы по возможности однородные). Используются дискуссионные и другие формы психотерапии. В настоящее время самостоятельное значение приобретает разработка системы профилактики ишемической болезни сердца и вторичной профилактики инфаркта миокарда путем преодоления стереотипов поведения и вредных привычек, на значение которых в происхождении этого заболевания указывается в многочисленных исследованиях. Это так называемые факторы риска — поведенческий тип А, курение, избыточная масса тела, гиподинамия и др., для устранения и предупреждения которых используются методы психотерапии: индивидуальные и групповые занятия, направленные на обучение мышечному расслаблению; упражнения на ритмичное дыхание; физические упражнения, способствующие мышечной релаксации, специальные занятия, на которых обсуждаются психологические причины избыточной массы тела, в частности роль эмоциональной напряженности и тревожности, и создается или подкрепляется мотивация для снижения избыточной массы тела.

Одним из заболеваний, относящихся к основной группе психосоматической патологии, является бронхиальная астма. При всей сложности ее патогенеза в значительной части случаев важное место в нем занимает нервно-психический фактор (зависимость приступов от психоэмоциональных воздействий, времени суток, определенной обстановки и др., т. е. наличие условно-рефлекторного механизма возникновения приступов). Поэтому при бронхиальной астме, особенно с учетом терапевтической резистентности ее у ряда больных, показана психотерапия либо самостоятельно, либо в системе комплексного лечения. Применение гипнотерапии у больных бронхиальной астмой позволило не только подтвердить эффективность этого метода при данном заболевании, но и выработать определенные показания к направлению больных на гипнотерапию:

1) отсутствие острых инфекционных процессов в органах дыхания (лечению *гипнозом* должны подвергаться только те больные, у которых инфекционные очаги ликвидированы, а астматические приступы тем не менее продолжают возникать);

2) достаточная внушаемость и *гипнабельность* больного, а также желание лечиться гипнозом;

3) отчетливый психический компонент в патогенезе и течении заболевания;

4) наличие у больного условно-рефлекторного механизма возникновения повторных приступов (Буль П. И., 1974).

Введение психотерапии в систему лечебно-восстановительных мероприятий при бронхиальной астме способствует не только улучшению состояния больных, но и профилактике рецидивов, так как восстановление нарушенных отношений пациентов и полноценности их социального

функционирования выступает в качестве важного звена предупреждения дистрессов, нередко играющих существенную роль в возникновении и течении бронхиальной астмы. С этой целью применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, *рациональная психотерапия* (индивидуальная и в группе пациентов), групповая психотерапия (Филиппов В. Л., 1979). В психотерапии больных бронхиальной астмой важное значение приобретает воздействие на алекситимический радикал в структуре преморбидной личности, а также на вторичную психопатологическую симптоматику, обусловленную заболеванием.

Для больных бронхиальной астмой со стереотипным протеканием приступов удушья или с затрудненным дыханием, нередко обусловленными отрицательным воздействием на больного поведения членов семьи, существенное значение наряду с суггестивным и поведенческим методами имеет *семейная психотерапия*. Не сводя сложный многофакторно обусловленный этиопатогенез бронхиальной астмы к нарушению одних лишь внутрисемейных отношений, как это нередко представляется в психосоматической литературе, отечественные авторы (Куприянов С. Ю., 1983, и др.) справедливо отмечают, что семейная психотерапия создает условия для замены патологических психологических защитных механизмов на более зрелые и конструктивные и в этом плане выступает как важный элемент личностно-ориентированной психотерапии при бронхиальной астме.

Обширная литература посвящена применению гипнотерапии, аутогенной тренировки, групповой психотерапии и других методов при желудочно-кишечных заболеваниях, прежде всего при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

В последнее время внимание исследователей все больше привлекают психологические аспекты ревматоидного артрита и возможность использования и эффективность психотерапии при этом заболевании. Известно, что тяжелые стрессовые воздействия сопровождаются подавлением иммунокомпонентной системы, в то время как стабилизация психического состояния приводит к позитивным сдвигам в ней. В психотерапии ревматоидного артрита применяются методы саморегуляции (биообратная связь по температуре или электрической активности мышц в сочетании с релаксационными упражнениями) и различные поведенческие подходы, конечная цель которых сводится к обучению пациентов лучше справляться с болью.

Решающее значение при включении в систему лечения соматических больных приобретает правильное соотношение личностно-ориентированной и симптоматической психотерапии, определение целей, задач и выбор конкретных психотерапевтических техник с учетом соотношения клинических, психофизиологических и психологических механизмов психосоматического расстройства и его специфики на различных этапах лечения.

См. также *Психотерапия при хронических заболеваниях, Телесно-ориентированная психотерапия, Терминальная психотерапия*.

**ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.** В отличие от острой патологии, при которой успешное лечение приводит к полному восстановлению предшествующего болезни состояния здоровья, хронические заболевания характеризуются длительно протекающими патологическими процессами без четко очерченных границ. Пациент никогда не становится снова полностью здоровым, он постоянно, т. е. хронически, болен. Больной должен быть готов к дальнейшему ухудшению своего самочувствия, продолжающемуся снижению работоспособности, смириться с фактом, что он никогда не сможет делать все, что хочется, как раньше.

Из-за этих ограничений человек нередко оказывается в противоречии с тем, что он ожидает от себя сам, и с тем, что ожидают от него другие. Хроническому больному в силу психосоциальных последствий его функциональных ограничений (реакция семьи, уменьшение социальной сферы активности, ущерб профессиональной работоспособности и т. д.) грозит превращение в «неполноценного», в инвалида.

В противодействии хроническому заболеванию существуют две стратегии поведения — пассивная и активная. Больной должен осознать общее изменение жизненной обстановки и попытаться активно преодолеть препятствия с помощью нового, приспособленного к заболеванию образа жизни. Требование «жить вместе с болезнью» легче, однако, декларировать, чем соблюдать, и это приводит к тому, что многие люди реагируют на изменения своего функционирования, вызванного болезнью, такими психопатологическими расстройствами, как страх, апатия, депрессия и др. К пассивному

поведению относятся защитные механизмы: реакции преуменьшения серьезности болезни типа игнорирования, самообмана, рационализации или сверхконтроля. Однако ценность этих пассивных попыток преодоления психологических и социальных следствий при длительной болезни часто сомнительна.

Более значимы активные усилия пациента по решению возникших перед ним проблем, связанных с болезнью. Согласно Каллинке (Kallinke D., 1982), больной должен стремиться к тому, чтобы: смягчать вредные влияния окружающей среды и увеличивать шансы на улучшение состояния, адекватно оценивать неприятные события и факты и приспосабливаться к ним, поддерживать свой собственный положительный образ, сохранять эмоциональное равновесие, поддерживать спокойные, нормальные отношения с окружающими.

Это возможно в том случае, если больной: получает и усваивает необходимую информацию о болезни; ищет и находит совет и *эмоциональную поддержку* у специалистов, знакомых или товарищей по несчастью (группы взаимопомощи); приобретает навыки самообслуживания в определенные моменты болезни и тем самым избегает излишней зависимости, ставит перед собой новые, связанные с наличием заболевания цели и пытается поэтапно их достигать.

При всей сложности ведения подобных пациентов психотерапевт должен внимательно замечать и поддерживать даже малейшие их попытки самостоятельного решения своих проблем. Это необходимо как для сотрудничества в терапии, так и для предпосылки заново построить семейные, профессиональные отношения, а также по-новому проводить свободное время.

Психотерапевт должен уметь объяснять больному возможные неудачи лечения или прояснять условия жизни, влияющие на течение болезни, когда, например, пациент с помощью близких успешно справляется с новой обстановкой или когда, наоборот, семья мешает больному сосредоточить усилия на борьбе с болезнью. Необходимыми и ценными могут оказаться поддержка и контроль со стороны терапевтической бригады, специализирующейся на лечении хронически больных или пациентов, нуждающихся в длительном лечении (бригады для лечения опухолевых больных, больных, перенесших трансплантацию органов, и др.).

См. также *Копинг-механизмы (механизмы совладания), Кризисная психотерапия, Психологическая защита*.

**ПСИХОТЕРАПИЯ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА С УЧАСТИЕМ ДЕТЕЙ-КОТЕРАПЕВТОВ ПО ЖЕЛЕЗНЯК, КАРВАСАРСКОЙ, МАРЦИНКЕВИЧ.** С клинической точки зрения ранний детский аутизм, аутистический синдром, синдром Каннера (лат. autismus infantum), является одним из наиболее тяжелых нарушений развития. Поведение детей с ранним детским аутизмом отличается безразличием или защитной реакцией по отношению к «нормальным» предложениям контакта, общения; напряженно-боязливой приверженностью к определенным ежедневным порядкам и процедурам; односторонними, самостимулируемыми практическими подходами; недостаточным развитием средств выражения, коммуникации (речи, мимики) и неготовностью к практическим требованиям жизни. Все вышеперечисленное является концентрированным выражением состояния социально-аффективной и познавательной (логической) незрелости (Miller B., 1982). Представителями нейрофизиологической концепции (Rimland B., 1964) оно квалифицируется в первую очередь как проявление центральных нарушений процессов обработки раздражителей нервной системы. В противоположность этому, с позиций психологии подсознания (Bettelheim B., 1977), подчеркивается значение неправильного отношения матери к ребенку в раннем детстве как существенной причины возникающих расстройств. В настоящее время большинством исследователей признается полиэтиологичность раннего детского аутизма, однако никому не удалось определить сущность синдрома.

При разработке своей модели лечения детей с ранним детским аутизмом, наиболее близкой к гуманистическому и поведенческому направлениям в психотерапии, Л. С. Железняк, И. Б. Карвасарская, Н. Е. Марцинкевич (1993) исходили из ряда положений, которые могут быть сформулированы следующим образом. Индивид постоянно находится в процессе развития, причем чисто человеческие функции развиваются в соответствии с группо-динамическим опытом (Аммон (Ammon G.)), который накапливается в течение жизни, но наибольшее значение имеет опыт раннего детства. Развитие считается доступным терапевтическому вмешательству на любом этапе и независимо от форм его

протекания. Авторы также понимают человека как целое, включающее здоровые и больные части. Наличие здорового потенциала предполагается у каждого индивида. В понимании поведения человека личностная *интерпретация* событий является наиболее важной. Учитывается, что поведение индивида определяется совместным воздействием трех факторов: наследственности, среды и личностной активности (Олпорт (Allport F. H.)). Большое значение придается воле самого человека, и в таком понимании он становится активным участником терапевтического процесса. Авторы, как и большинство гуманистически ориентированных психотерапевтов, предполагают, что наиболее сильным в человеке является мотив самореализации, или максимального развития личностного потенциала.

Основная задача психотерапевта состоит, таким образом, не в устранении симптома как «мишени», а в поиске контакта со здоровыми элементами личности, их активации и за счет этого — развитии общего потенциала личности в целом. Целям терапии может отвечать все поле социальных взаимодействий больного, а задачей психотерапевта, работающего в данном направлении, становится создание вокруг пациента социально активной среды. Новизну своего подхода авторы видят в применении на практике принципа «терапия средой плюс терапия среды», который заключается в том, что терапевтическое воздействие как на пациента, так и на его ближайшее окружение осуществляется социально активной средой, специально моделируемой психотерапевтом.

В практике *детской психотерапии* представляется эффективным моделирование среды, включающей сверстников пациента, играющих роль фасилитаторов коррекционного процесса. Сам же психотерапевт выступает в качестве агента изменения (катализатора), запускающего этот процесс и впоследствии осуществляющего контроль и наблюдение за ним.

У детей с тяжелыми психическими заболеваниями, ранним детским аутизмом в особенности, проблемы, связанные с функционированием в социуме, проявляются особенно ярко. Грубая дефицитарность общения, как первично, биологически, так и вторично, социально обусловленная, ведет к недоразвитию социальной адаптации и личности в целом. По мнению авторов, обеспечение общением (заполнение «коммуникативного резервуара», и в первую очередь его эмоциональной составляющей) является важным для таких детей. Причем коммуникативные навыки как база для гармоничного развития личности наиболее успешно формируются в случае предоставления ребенку возможности обучения взаимодействию на собственном опыте при поддержке ближайшего окружения и специалистов. Сформированная психотерапевтом среда по своим параметрам должна быть максимально приближена к естественной.

В соответствии с этими представлениями авторами была разработана методологическая схема поэтапной коррекции и активизации социального функционирования детей с ранним детским аутизмом и другими психическими заболеваниями.

1-й этап — индивидуальные занятия. Этот этап необходим детям, находящимся в наиболее тяжелом состоянии ввиду отсутствия коммуникативных навыков и отказа от общения в любой форме. Основная задача психотерапевта — вызвать у ребенка чувство «коммуникативного удовольствия». Она может быть достигнута за счет снятия акцентов с регламентирующей и информационной функции коммуникации и впоследствии присоединения к сохранным, здоровым частям личности. На этом этапе ребенку позволяют любые проявления поведения, кроме угрожающих жизни.

2-й этап — занятия в малой (2-3 человека) коррекционной группе. Все без исключения дети с синдромом раннего детского аутизма проходят через этот этап со щадящим с точки зрения предъявляемых требований режимом. Начиная с этого этапа в терапевтический процесс на правах *котерапевтов* включаются сверстники пациента, способные продемонстрировать более зрелые формы игровой деятельности, обладающие хорошими коммуникативными навыками и выраженными эмпатическими способностями. Здесь главная задача — достижение бесконфликтного существования рядом со сверстниками и заинтересованного (хотя бы в форме наблюдения) отношения к ним.

3-й этап — занятия в смешанной коррекционной группе (от 6 до 15 человек) — является основным и самым продолжительным в психотерапевтическом процессе. Открытые и гетерогенные по возрастному и нозологическому параметрам группы объединяют детей с различными пограничными состояниями и социальными поведенческими девиациями. Причем у ядра коллектива возрастные различия сведены к минимуму. Исключение составляют дети с тяжелыми психическими заболеваниями (ранним детским аутизмом, в частности), которые сознательно направляются в группы более старших и

более младших по возрасту, исходя из так называемого «принципа встречного движения». Осуществление на практике данного принципа заключается в том, что в начале занятий дети, находящиеся в наиболее тяжелом состоянии с точки зрения развития коммуникативных навыков, дальше всего отстают от основного возрастного ядра группы. Это обусловлено тем, что максимально отличающиеся по возрасту дети предъявляют друг другу минимальные требования, что снижает чувство опасности и тревоги при организации коммуникации. По мере развития навыков общения у детей с ранним детским аутизмом и улучшения их состояния в целом они переводятся в группы, где возраст участников несколько приближен к возрасту пациента. Предполагается, что на заключительных стадиях психокоррекционной работы ребенок с синдромом раннего детского аутизма сможет строить адекватные взаимоотношения со своими ровесниками и отвечать предъявляемым требованиям, не испытывая при этом чувства тревоги и дискомфорта. Основная задача на этом этапе — осуществление перехода от одиночной предметной игры в присутствии других детей к игре вместе с ними. Отсутствие речи или минимальная речевая активность детей с тяжелыми расстройствами, как показывает практика, не является непреодолимым препятствием.

4-й этап — занятия в открытой социальной среде. Они зачастую проводятся параллельно с занятиями 3-го этапа и включают в себя посещения театров, музеев, экскурсии по городу, туристские походы и проживание в летнем лагере. Основная цель данного этапа — закрепление навыков самостоятельного взаимодействия с окружающим миром.

Каждый ребенок посещает занятия 1 — 2 раза в неделю в течение учебного года, иногда на протяжении нескольких лет. Продолжительность одного занятия около полутора часов. Поведение психотерапевта на всех этапах психотерапевтического процесса недирективно, воздействие осуществляется на основе эмпатических коммуникаций. Особое внимание на протяжении всей работы специалисты уделяют подбору участников терапевтических занятий. Здесь важны не биологический возраст и нозологические параметры, а скорее личностные особенности и уровень социальной зрелости пациента.

Участники психокоррекционного процесса подбираются с учетом их принадлежности к четырем основным группам: 1) дети с тяжелыми хроническими психическими заболеваниями (преимущественно ранним детским аутизмом) представляют основную группу для направленных терапевтических усилий; 2) дети с пограничными расстройствами и незначительными поведенческими нарушениями составляют группу, которая в ходе психокоррекционного процесса не просто является «игровой средой» для детей с тяжелыми психическими заболеваниями, но и в первую очередь решает собственные проблемы в рамках традиционно понимаемой игровой терапии; 3) дети с расстройствами социального поведения принимают участие в психокоррекционной работе как с целью нормализации собственных поведенческих проявлений, так и, на более поздних этапах, в качестве помощников; 4) здоровые дети-котерапевты являются ядром *психотерапевтической группы*. Они участвуют в работе на добровольных началах, осознанно, в качестве помощников, имеют опыт *тренинга* общения и обладают такими необходимыми качествами, как *эмпатия*, наблюдательность, активность и креативность. По мнению авторов, одновременное присутствие в группе детей четырех указанных категорий как раз и позволяет моделировать среду, максимально приближенную к естественной (микромодель социума), и с большой степенью вероятности прогнозировать поведение детей в открытом социуме.

Оценка результативности проводится по трем направлениям: наблюдения лечащего врача, отзывы родителей и независимая экспертная оценка психологов. Опыт работы показывает достаточно высокую эффективность предложенной методологической схемы. Положительным результатом для детей с тяжелыми хроническими психическими заболеваниями, как правило, является активизация и нормализация взаимодействия со своим окружением за счет снижения чувства тревоги и страха при построении коммуникации и, как итог, повышение личностного потенциала в целом. Для остальных участников психокоррекционного процесса следствием занятий в группе становится формирование положительного отношения к себе и окружающим, усиление активности и креативности за счет расширения границ принятия своих собственных проявлений и проявлений окружающих.

Исходя из понимания человека как целостного биопсихосоциального образования, авторы признают, что на всех этапах наиболее продуктивной является комплексная работа по биологической, психологической и социальной коррекции. Предложенная методика — лишь один из возможных



вариантов использования психотерапии в системе лечения детей с ранним детским аутизмом.

**ПСИХОТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ.** Одно из направлений супружеского *психологического консультирования* и *психологической коррекции* с целью устранения нарушений во взаимоотношениях между супругами в сексуальной сфере.

В современной литературе встречается 2 близких понимания сексуальной дисгармонии: 1) под сексуальной (супружеско-сексуальной) дисгармонией (дисгамией) понимается первичное рассогласование во взаимодействии по одному или нескольким основным брачным факторам — физиологическому, материальному, культурному, сексуальному, психологическому, «когда силы, разрушающие союз, преобладают над силами сплачивающими» (Васильченко Г. С., Дейнега Г. Ф., 1990); при определении сути сексуальных дисгармоний отмечается, что полное отсутствие сексуальной патологии у одного или обоих супругов, так же как отягощенность нескольких составляющих сексуальной функции у каждого из них, для диагностики дисгармонии не имеет принципиального значения; 2) более «психологизированное» определение сексуальной дисгармонии — комплекс последствий в виде различных сексуальных нарушений, возникающих в результате ошибок в подборе партнера (Imielinski K., 1982).

При несомненных различиях между этими понятиями супружеских дисгармоний общим является представление о функциональном характере нарушений в сфере взаимодействия супругов, сочетающихся с сексуальными расстройствами либо протекающих без них. В этом смысле термин «сексуальная дисгармония» отражает сложности самого характера семейно-супружеских отношений, которые, за редким исключением, являются особенностью конкретной сексуальной пары, и в определенной мере дополняет понятие «сексуальные нарушения» (см. *Психотерапия сексуальных нарушений*), отражающее клиническую и вместе с тем индивидуальную сторону сексуальной проблематики людей.

Единой и общепринятой классификации сексуальных дисгармоний нет. В. В. Кришталь (1984) выделяет следующие виды дисгармоний:

- 1) социально-психологическая дезадаптация супружеской пары;
- 2) социально-поведенческая дезадаптация;
- 3) дезинформационно-оценочный вариант дезадаптации;
- 4) дисгармония в результате расстройства мужской потенции;
- 5) дисгармония в результате фригидности.

Наиболее общие принципы динамики супружеских дисгармоний характеризуются двумя основными тенденциями (Васильченко Г. С., Дейнега Г. Ф., 1990): 1) при любом их варианте без эффективной помощи с течением времени нарушаются как межличностные отношения, так и сексуальное взаимодействие; 2) если дисгармония начинается с нарушения межличностных отношений, то вовлечение сексуальной сферы и распад брачного союза происходят намного быстрее, чем при чисто сексуальном рассогласовании. В связи с тем что дисгармонии являются нарушениями, касающимися сложнейших аспектов взаимоотношений между супругами, и в конечном счете приводят к нарушениям в сексуальном функционировании супружеской пары, правомерен предложенный Мастерсом и Джонсон (Masters W. H., Johnson V. E., 1970) парный подход к диагностике и лечению сексуальных нарушений, получивший развитие в нашей стране (Кришталь В. В., Агишева Н. К., 1986; Винокуров Б. Л., Эскузян Ф. Ф., 1993). В основе его лежит системно-структурный анализ и формирование терапевтической и реабилитационной программы при сексуальных дисгармониях, включающей различные индивидуальные, семейные и групповые терапевтические методы.

Психотерапия при сексуальных дисгармониях супружеской пары, по сути дела, является главным методом лечения, особенно на первых этапах, когда собственно сексуальные нарушения у партнеров часто выражены нерезко. Особенности выбора стратегии и тактики проведения психотерапии определяются, с одной стороны, коммуникативными нарушениями, а с другой — наличием или отсутствием сексуальных нарушений у партнеров, этапом дисгамии. В литературе указывается на возможность использования различных психотерапевтических подходов, в том числе динамических, поведенческих, гуманистических, когнитивных и др., а также разных вариантов семейно-супружеского консультирования при сексуальных дисгармониях супружеской пары. Существенное место занимает так называемая *супружеская психотерапия*, в основе которой лежит уже указанный выше структурный

подход, предполагающий психотерапевтическую направленность на супружескую пару как единое целое.

Психотерапия, как правило, начинается с тщательного выяснения взаимоотношений супругов, особенностей их личности, представлений о сексуальной жизни, истории формирования семьи. При психотерапии сексуальной дисгармонии целесообразно использовать рекомендации В. К. Мягер и Т. М. Мишиной (1976), касающиеся направленности психотерапевтических мероприятий: от обсуждения внешних проявлений конфликта к пониманию истинных его причин и формированию новых установок и стереотипов реагирования. Большинство авторов отмечают сравнительно высокий удельный вес *рациональной психотерапии* при сексуальной дисгармонии супружеской пары, особенно на ранних этапах ее развития при условии отсутствия сексуальных и невротических нарушений. Во многих случаях повышение сексуальной компетенции супружеской пары, *осознание* уникального характера супружеских отношений, повышение исследовательского и творческого интереса к партнеру и возможностям сексуального взаимодействия способствуют преодолению сексуальной дисгармонии.

Психотерапия супружеской дисгармонии проводится в несколько этапов: первый этап — информирование и разъяснение с целью повышения уровня культуры отношений супружеской пары, второй — активное взаимодействие с парой с применением разных видов психотерапии с целью изменения установок супругов; третий — оптимизация отношений супругов в соответствии с их изменившимися представлениями, при этом применяется *поведенческая психотерапия* и сексуальный тренинг; на четвертом, последнем этапе проводится *поддерживающая психотерапия*.

В последние годы с развитием во многих регионах служб семьи возможности оказания квалифицированной помощи значительно возросли. В специализированных центрах активно внедряются новые методы работы: современные варианты семейно-супружеского консультирования, группы сексуального развития, сексологические семинары, *тренинги* с целью повышения сексуальной компетенции и др.

В более сложных случаях, особенно при выраженных личностных конфликтах супругов, показана семейно-супружеская психотерапия в различных ее вариантах.

При дисгамии, обусловленной неврозом, сексуальными и другими расстройствами, проводится также психотерапия основного заболевания.

См. также *Психотерапия сексуальных нарушений*, *Семейная психотерапия*, *Супружеская психотерапия*.

**ПСИХОТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ.** Очень важна в лечебной практике, поскольку почти при всех видах сексуальных нарушений психологические факторы этиопатогенеза играют ведущую роль (Васильченко Г. С., 1980, и др.). В настоящее время П. с. н. основывается на научно обоснованных подходах, позволяющих осуществлять воздействие на различные стороны психологической составляющей сексуальных расстройств и сексуальных дисгармоний. При этом доля психотерапии в комплексном лечении сексуальных нарушений различна в зависимости от их генеза. Она становится ведущим методом при нарушениях психогенной этиологии, а при расстройствах соматогенной природы выступает в качестве одного из компонентов комплексного лечения. Например, при сексуальных нарушениях, обусловленных невротическим состоянием с синдромом ожидания неудачи, используется широкий арсенал психотерапевтических методик, а применение транквилизаторов патогенетически малооправданно, в то время как при нарушениях, вызванных инволюционными процессами, ведущим фактором лечения становится применение адаптогенов и других фармакологических препаратов в сочетании с психотерапией. Особенности П. с. н., к которым относятся комплексный характер психотерапевтического воздействия, деонтологическая направленность лечения и его щадящий характер, облигатно-индивидуальный характер планирования и осуществления терапевтических программ, учет структурно-синдромологического подхода, включение в *индивидуальную психотерапию* специфического варианта парной сексуальной терапии, определяются современным пониманием сексуальных расстройств как нарушения единственной в человеческой природе парной функции. Возникновению сексуальных нарушений способствуют сочетания различных этиологических моментов — наличие основного заболевания, неблагополучие в интимном взаимодействии, что, в свою очередь, определяется психологическими и социально-психологическими причинами, культурными особенностями, уровнем личной культуры и осведомленности и др. По

мнению Г. С. Васильченко (1983), задачи сексолога не сводятся к решению чисто медицинских проблем, поскольку любое сексуальное проявление реализуется лишь в рамках межличностного взаимодействия сексуальных партнеров, традиционной формой которого является брачный союз. Эта особенность сексуальных нарушений обуславливает их понимание в контексте ведущих аспектов брака. На основе исходного положения о полифункциональности брачного союза выделяется 5 ведущих брачных факторов: физические, материальные, культурные, сексуальные и психологические (Васильченко Г. С., Решетняк Ю. А., 1978). Другие авторы выделяют несколько уровней сексуального взаимодействия партнеров (физиологический, эротический, интуитивный, чувственный, вербальный, ценностный) и факторы сексуального приспособления (чувство любви, взаимная сексуальная привлекательность, соответствие сексуальных шифров, сексуальная культура) (Imielinski K., 1986). Рассматривая современную семью, Э. Г. Эйдемиллер (1999) отмечает важность таких элементов, как функции семьи, ее структура и динамика. Многомерное взаимодействие брачных партнеров, определяющее их интимное благополучие, в полной мере учитывается парным подходом к диагностике и лечению сексуальных расстройств, предложенным Мастерсом и Джонсон (Masters W. H., Johnson V. E., 1970). Этот подход в последнее десятилетие получил развитие и в нашей стране. В. В. Кришталь (1985), Б. Л. Винокуров (1993) разработали системный анализ сексуальных дисгармоний, который принципиально соответствовал структурному анализу (Васильченко Г. С., 1977).

Несмотря на значительные положительные сдвиги в теоретико-методологическом понимании сексуальных нарушений, разработка эффективных психотерапевтических подходов и развитие организационных форм в сексологии до настоящего времени во многом основываются на достижениях в области психотерапии неврозов (Иванов Н. В., 1966; Либих С. С., 1982; Варшоловская Е. Б., 1985; Свядощ А. М., 1991; Винокуров Б. Л., Эскузян Ф. Ф., 1993; Либих С. С., Михайлова Н. А., 1995; Kratochvil S., 1987, и др.). В большинстве руководств по сексологии, по существу, приводится лишь перечень психотерапевтических подходов и методов, эффективных, с точки зрения авторов, при сексуальных нарушениях, но данные об эффективности психотерапии чаще всего не содержат сексологической специфики. Признается важным использование в сексологии практически всех существующих методов психотерапии, ее основных направлений и форм (индивидуальной, семейно-супружеской, групповой) при доминировании индивидуальных подходов. Среди конкретных методов выделяются *рациональная психотерапия, гипнотерапия, аутогенная тренировка, поведенческая психотерапия*. Обращает на себя внимание более частое использование в отечественной психотерапии сексуальных нарушений поведенческих и гипносуггестивных подходов. Они видоизменяются в соответствии с задачами психотерапии и имеют свою специфическую направленность. Так, например, при проведении рационально-разъяснительной психотерапии в случае мастурбации рекомендуется:

- 1) сообщить пациенту церковно-догматическую основу представлений о вреде онанизма;
- 2) рассказать о частоте мастурбации у мужчин и женщин;
- 3) привести данные об отсутствии вреда от онанизма;
- 4) зафиксировать внимание пациента на том, что гораздо больший вред имеет представление о последствиях мастурбации, чем сама мастурбация;

5) указать, что мастурбация в некоторых случаях используется с лечебной целью (Кочарян Г. С., Кочарян А. С., 1994).

В рамках рациональной психотерапии широко применяется так называемый информационно-разъяснительный метод, задача которого — повышение уровня культуры межличностных отношений супругов, в целом сексологических знаний. Существенное значение этот метод имеет у пациентов с тревожно-мнительными, инертно-импульсивными личностными радикалами. Рациональный подход в психотерапии ориентирован на логическое мышление, психотерапевт помогает пациенту выявить иррациональные формы мышления (мифы, которые приводят к нарушению супружеских отношений), что способствует практическому решению актуальных проблем, возникающих в семье. Среди технических приемов этого направления известны «соматизация» (Дворкин Э. М., 1979), снижение ранга значимости сексуальных расстройств, «сопоставление по контрасту», «психотерапия с учетом механизма проекции», «сопоставление по аналогии» (Кочарян Г. С., 1990).

*Косвенное внушение* применяется в целях потенцирования действия различных лечебных факторов (фармакологических препаратов, физиотерапевтических процедур и др.). Потенцировать

можно не только физические, химические, биологические лечебные воздействия, но и сами методы психотерапии, а также лечебный процесс в целом, что имеет значение в практике лечения сексуальных расстройств. Косвенный психотерапевтический эффект достигается внешней атрибутикой (внешний облик врача, лечебного учреждения и т. д.), поведением персонала (положительным отношением к компетентности лечащего врача, доброжелательностью к пациентам), отношением лечащего врача к больному (выписывание «дефицитного лекарства», назначение физиотерапевтических процедур, рекомендация санаторно-курортного лечения). При назначении адаптогенов (женьшень, пантокрин, китайский лимонник и др.) подчеркивается, что они обладают как стимулирующим, так и тонизирующим действием, что позволяет укрепить сексуальную потенцию, усилить желание и яркость оргастических ощущений и т. д. Воздействие горячих влажных душей и тазовых ванн, грязелечения, вагинальной диатермии при фригидности может быть потенцировано указанием на то, что эти процедуры приводят к массивному притоку крови к половым органам, способствующим повышению их чувствительности и увеличению уровня сексуальной возбудимости. ЛД-терапия (локальная декомпрессия) при различных формах сексуальных расстройств оказывается более эффективной при наличии психотерапевтического опосредования и потенцирования (Мушер Г. Я., 1988). При сексуальных расстройствах, а также при вторичных невротических проявлениях, обусловленных реакцией личности на сексуальное расстройство, широко применяется гипносуггестивная психотерапия в различных ее вариантах: гипносуггестивное программирование, гипносуггестивное моделирование, гипнокатарсис, гипнотическое состояние используется и в диагностических целях. Имеются данные о применении в сексологии *психоаналитической психотерапии, когнитивной психотерапии, супружеской психотерапии, нейролингвистического программирования.*

Наибольшая сексологическая специфика отмечается в интегративных моделях психотерапии, разработанных специально для лечения сексуальных нарушений. Это сексуальная терапия по Мастерсу и Джонсон, эмоциональный тренинг (Рамсей (Ramsay P. W.)), психотерапия с включением специальных вспомогательных приемов, например «запретный плод» по Леонгарду (Leonhard K.), «медовый месяц» по Имелинскому и др. В системе лечения сексуальных расстройств существенно положение о том, что симптомы психосексуальных нарушений являются результатом непосредственно действующих ментальных и эмоциональных процессов, а также проявлений *психологической защиты* (Kaplan H. S., 1979). В соответствии с этой многофакторной моделью неосознанные сексуальные конфликты, негативные сообщения о сексуальной сфере, неврозы, корни которых находятся в раннем психосексуальном развитии пациента, образуют глубинную этиологическую структуру в сексологической симптоматике пары. Смещение ценностных ориентации женщин в сторону маскулинности, а мужчин в сторону фемининности, подкрепляемое системой мифов (женских, мужских, супружеских), может быть причиной сексуальных расстройств. Поскольку сексуальная дисгармония пары в своей основе полиэтиологична, а круг проявлений включает различные вторичные невротические реакции супругов на свою неполноценность и неполноценность другого супруга, современная П. с. н. представляет собой систему мероприятий с соблюдением этапности, последовательности в ее реализации, комплексности, сочетания индивидуальной и *групповой психотерапии*, преемственности в лечении больных.

См. также *Психотерапия сексуальной дисгармонии супружеской пары.*

**ПСИХОТЕРАПИЯ УВЛЕЧЕНИЯМИ ПО СКРОЦКОМУ.** Метод, разработанный Ю. А. Скροцким (1978) для работы с подростками, страдающими психопатией. Другое название метода — хобби-терапия. При разработке метода автор опирался на нейропсихологический анализ поведения с учетом побуждающего влияния на него мысленных моделей (образов) и на управление уже мотивированным поведением путем создания программ действия (планов) (Miller G. A., Galanter E., Pribram K. H., 1965). В представлении автора, адаптивное влияние на поведение подростка с психопатией часто оказывают его увлечения. В связи с этим главной целью метода является подготовка подростка к формированию его интересов и будущих увлечений. Смысл ее состоит в формировании в сознании подростка действующего образа, основанного на прошлых, настоящих и будущих увлечениях.

П. у. п. С. проводится в виде нескольких бесед (чаще 8-10, по 1-3 раза в неделю), содержанием которых становятся увлечения подростка. В ходе бесед, протекающих в атмосфере «спокойной

заинтересованности», все более углубленно обсуждаются прошлые, настоящие и будущие увлечения подростка, при этом психотерапевт предлагает темы обсуждения и варианты «полезных» увлечений, способствует все большей активности подростка в беседах. На заключительных этапах психотерапии составляется план реализации намеченных увлечений.

По мнению автора, эффективность метода обусловлена тем, что при последовательном обсуждении возможных увлечений у подростков формируется неудовлетворенность своей жизнью и увлечениями и возникает желание совершенствоваться.

П. у. п. С. может быть отнесена к *когнитивно-поведенческой психотерапии* и способствует адаптации подростков-психопатов.

**ПСИХОТЕРАПИЯ У ПОДРОСТКОВ.** Комплекс психотерапевтических и педагогических мероприятий, направленных прежде всего на предотвращение десоциализации подростка, под которой понимают различные нарушения поведения (токсикоманическое, избегание контактов, суицидальное), на повышение самооценки, изменение неадекватного уровня притязаний, устранение искаженного образа «Я», создание широкой временной перспективы (Кондрашенко В. Т., 1988; Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А., 1990; Попов Ю. В., 1994).

В подростковом возрасте на ослабленную часто с детства центральную нервную систему неблагоприятно влияют неправильное семейное воспитание и стрессовые факторы внешней среды, в результате чего обостряется тенденция личности к примитивной *психологической защите*, выражающейся нередко в реакциях активного и пассивного протеста.

Наиболее трудными для общения подростков являются следующие области:

- 1) интимность: знакомство с людьми, особенно противоположного пола, общение с людьми;
- 2) уверенность: умение постоять за свои права;
- 3) пребывание в центре внимания: выступление перед публикой, разговор, интервью;
- 4) адекватное поведение в незнакомой или неформальной обстановке;
- 5) страх провала или отвержения, связанный с понижением или нарушением самооценки;
- 6) столкновение со стрессом, агрессией и др.

В беседе с пациентом необходимо выяснить наличие наиболее часто встречающихся в подростковом возрасте противоречий и конфликтов между:

- стилем воспитания и реальными потребностями подростка;
- выполнением всех работ за ребенка с детства и требованием от него самостоятельности в подростковом возрасте;
- требованием взрослыми уважения к себе и отказом в этом подростку;
- постоянными упреками, подозрениями в неблагоприятных поступках как проявлением проекции родителями собственных нежелательных качеств на подростка и отсутствием реальной помощи ему;
- использованием любого проступка как предлога для конфликта вместо обсуждения;
- несоответствием уровня притязаний подростка его реальным возможностям.

Выделяется ряд факторов, способствующих деформации мотивационной сферы и вследствие этого десоциализации подростка:

- сфера жизни, в которой сложились конфликтные отношения (семья, школа, среда неформального общения);
- условия микросреды, способствующие десоциализации подростка (неправильное семейное воспитание в виде эмоционального отвержения, потворствующей или доминирующей гиперпротекции, личностные психологические проблемы родителей, проблемы отношений в учебном коллективе, социометрическое положение «звезды» или «козла отпущения» и т. д.);
- индивидуальные особенности личности подростка, предрасполагающие к появлению девиаций поведения (отставание в интеллектуальном развитии, психический инфантилизм, акцентуация характера);
- мотивационные конфликты (содержание их см. выше);
- мотивы отклоняющегося поведения (реакции протеста на требования микросоциального окружения, эгоцентрическая тенденция привлекать к себе внимание через симптом или поведение);
- целевые установки отклоняющегося поведения, проявляющиеся в виде определенных

социальных ролей (роль организатора, лица, использующего ситуацию в своих интересах);

— специфика эмоционального реагирования на конфликтную ситуацию (невротизация, депрессия, тревога, подавление эмоций, агрессия). Постоянные отрицательные эмоции со стороны значимого для подростка окружения являются сильным раздражителем, подавляющим способность адекватно реагировать в реальной ситуации, формирующим низкую самооценку и ведущим к инфантилизации личности.

О низкой самооценке могут свидетельствовать: частые самокритичные высказывания типа «Я никогда не выучу этот предмет...», негативные ожидания в отношении соперничества: «Зачем волноваться? У меня все равно нет шансов»; критическое отношение к успехам других: «Он тупой, просто ему повезло»; нежелание признавать свою оплошность или вину: «Я не виноват, что...»; склонность подчеркивать недостатки других: «Его не любят за то, что он выскочка»; неспособность принять похвалу: «Вы на самом деле думаете по-другому»; отрицательное отношение к школе и учителям: низкая мотивация, отказ от попыток добиться чего-либо самому; плохая социальная адаптация, застенчивость и повышенная чувствительность к критике, особенно со стороны взрослого; неспособность некоторых молодых людей заводить друзей и поддерживать дружеские связи.

Успех психотерапевтической работы зависит от *осознания* подростком того, какие из его отношений вступили в противоречие, от возвращения ему эмоционального благополучия, оказания *эмоциональной поддержки*, качественного изменения уровня притязаний в соответствии с его реальными возможностями, повышения его самооценки, устранения искаженного восприятия образа «Я».

Многие из названных проблем лучше решаются в процессе *групповой психотерапии*. Однако некоторые пациенты категорически отказываются от работы в *психотерапевтической группе*, и тогда следует обратиться к методам *индивидуальной психотерапии*, помогающей пациенту приобрести навыки поведения в проблемных ситуациях. Одним из таких методов является *когнитивно-поведенческая психотерапия*. При работе с подростками этот метод включает в себя:

- 1) ориентацию: попросить подростка понаблюдать, в каких обстоятельствах возникает та или иная проблема, а также принять проблему как часть «повзросления» и составную часть жизни;
- 2) определение и формулирование проблемы, постановку конкретных целей;
- 3) генерализацию альтернатив: что можно сделать в этой ситуации?
- 4) принятие решений, выбор наиболее понравившегося решения (подросток, страдающий фобией, может избавиться от нее этим методом, если составит собственный сценарий);
- 5) разучивание самоутверждений. Для подростка, страдающего фобией, это можно представить следующим образом:

— подготовка к ситуации, в которой возникает страх. Что ты должен делать? Ты можешь придумать план для борьбы с ним? Просто посиди и подумай, что надо делать в этом случае. Это лучше, чем если тебе станет страшно. Не волнуйся — волнение никому не помогает;

— *конфронтация* со стрессором. Не бойся — ты можешь с ним встретиться. Ты можешь себя заставить сделать это. Ты можешь устранить свой страх. Один шаг каждый день — и ты с ним справишься. Это тревога, как сказал доктор, и ты ее можешь чувствовать. Это напоминание для занятий дыхательными упражнениями. Расслабься — ты контролируешь себя. Дыши глубже — ты абсолютно спокоен;

— взаимодействие с чувствами, переполняющими подростка. Когда появляется страх, просто подожди. Сосредоточься на настоящем. Что тебе нужно сделать? Обозначь свой страх цифрами от 0 до 10 и подожди, пока он изменится. Тебе следует подождать, пока твой страх уменьшится. Не пытайся устранить страх совсем — просто сделай его управляемым;

— подкрепляющие самоутверждения. Это помогает, делай это. Подожди, пока не скажешь психотерапевту об этом. Это не так плохо, как ты ожидал. Это проклятые мысли — вот в чем проблема. Когда ты контролируешь их, страх уменьшается. Становится лучше раз от раза. Ты должен быть доволен своими успехами. Ты добился их.

Нередко первой встрече с психотерапевтом предшествует длительное внутрисемейное напряжение по поводу возникших отклонений в поведении. У родителей формируется своя концепция болезни, возникают вопросы, требующие немедленного ответа. Первая встреча с врачом — это и

первый этап лечения, что следует осознавать, поскольку от этого зависит успех всех дальнейших психокоррекционных мероприятий.

Первый контакт с родителями может дать информацию о том, как подросток ведет себя в семье, кто из членов семьи больше всего обеспокоен его поведением и какие изменения могут произойти у членов семьи, если поведение подростка вдруг станет упорядоченным. Важно определить границы между семейными подсистемами. Если родители включаются в конфликты между братьями и сестрами, или подросток поддерживает одного из враждующих супругов, или бабушка объединяется с подростком против родителей — все это является фактором риска, поддерживает эмоциональное напряжение в семье.

После проведения семейной диагностики можно решать, кого пригласить на следующую беседу и каким способом попытаться гармонизировать имеющиеся нарушения.

Ведение беседы врачом преимущественно в диагностическом аспекте, схематизация, отсутствие интереса к личности родителей или к ребенку вызывают недоверие со стороны пациентов. Если же психотерапевт излишне настойчив в требовании ответов на свои вопросы, может возникнуть *сопротивление* со стороны родителей. Основное правило при ведении беседы — предоставить возможность высказываться спонтанно, учитывая потребности родителей в данный момент. Родители, которые сами обращаются за советом, делают со своей стороны все, что могут, в воспитании ребенка. Исходя из собственного опыта у них складываются определенные представления о стиле воспитания. Попытка открыто критиковать родителей, говорить о том, что именно их позиция поддерживает и закрепляет девиантное поведение подростка, приводит к сопротивлению и потере контакта с ними. Члены семьи на когнитивном уровне иногда могут согласиться с тем, что их супружеский конфликт формирует симптом у ребенка, но на эмоциональном уровне эта информация не принимается. Более эффективным может стать конфронтация с фактом. Например, мать без особых оснований запрещает 15-летнему подростку заниматься каратэ. Задача психотерапевта — показать, что неуважение к интересам подростка приведет к реакции протеста, которая может выразиться в появлении навязчивых движений и привести к потере эмоционального контакта с сыном.

Индивидуальная психотерапия с подростком состоит из взаимообуславливающих и взаимодополняющих упражнений из различных психотерапевтических систем, использование которых зависит от опыта и предпочтений подросткового психотерапевта. Но необходимо подчеркнуть ряд принципов построения любой психотерапевтической программы, независимо от имеющейся у подростка патологии:

- 1) обучение отдельным психологическим понятиям, необходимым для успешной социализации (общение, характер, темперамент, личность, воля); психодиагностика (осуществляемая самим психотерапевтом) и анализ основных психологических характеристик личности подростка;
- 2) блок «разминок» и психогимнастических упражнений, направленный на снятие эмоциональных зажимов, свободное проявление эмоций, спонтанное поведение;
- 3) установление различного по степени сложности вида коммуникаций на эмоциональном, поведенческом и когнитивном уровне с использованием игровых методов;
- 4) распознавание, анализ, моделирование эмоциональных состояний в разных ролевых ситуациях с использованием технических и дидактических средств;
- 5) обучение *обратной связи* через вербальные и невербальные упражнения;
- 6) проигрывание разнообразных ролевых ситуаций для обучения адекватному поведению в конфликтных обстоятельствах во многих сферах социальной жизни;
- 7) анализ различных ситуаций и обучение адекватному поведению в семейных подсистемах;
- 8) упражнения на развитие когнитивных структур, логики мышления;
- 9) домашние задания на закрепление полученных навыков для переноса в микросреду, освоение ряда психотехнических приемов (оперантная программа).

Исходя из этого могут быть сформулированы основные принципы работы подросткового психотерапевта:

- 1) принятие подростка таким, какой он есть;
- 2) использование на протяжении всего курса положительного подкрепления и выявление позитивных сторон личности подростка;

- 3) работа с подростком в ролевой позиции «взрослый—взрослый»;
- 4) вступление в контакт с подростками через свойственные им способы общения — речь, мимику, жесты;
- 5) эталонное поведение (умение воспроизводить любые упражнения и игры, быть образцом мужского и женского поведения в группе в зависимости от своего пола);
- 6) обобщение происходящего на занятии;
- 7) поиск и предоставление информации для работы с проблемной ситуацией;
- 8) использование подсказки, различных приемов и игровых средств для стимуляции спонтанной активности.

См. также *Групповая психотерапия подростков*.

**ПСИХОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ТРАВМ С ПОМОЩЬЮ ДВИЖЕНИЙ ГЛАЗ ПО ШАПИРО.** Предложена американским психотерапевтом Шапиро (Shapiro F.) в 1987 г. Первоначально этот метод назывался техникой «десенсибилизации с помощью движения глаз». Однако сам технический прием движения глаз является лишь одним из возможных внешних раздражителей, используемых для активизации системы переработки информации у пациента и достижения психотерапевтического эффекта. Уже первый опыт применения этой техники показал, что она должна включать как десенсибилизацию, так и когнитивное переструктурирование воспоминаний и личных отношений. Это обстоятельство привело к новому, настоящему названию данного психотерапевтического метода — «Десенсибилизация и переработка движениями глаз» (ДПДГ).

Придерживаясь в основном бихевиористской ориентации, автор предложила общую теоретическую модель ускоренной переработки информации, на основе которой действует психотерапевтическая техника ДПДГ. Эта модель рассматривает большинство патологических состояний как следствие предшествовавшего жизненного опыта, создающего устойчивый паттерн аффекта, поведения, самопредставления и соответствующей структуры личностной идентичности. Патологическая структура коренится в статической, недостаточно переработанной информации, откладывающейся в памяти во время травматического события. Модель рассматривается автором как нейрофизиологическая гипотеза. Согласно модели ускоренной переработки информации, существует естественная физиологическая система, предназначенная для преобразования беспокоящих впечатлений с целью их адаптивного разрешения, и эта система ориентирована на достижение психологической интеграции и физического здоровья. Эмоциональная травма может нарушить работу системы переработки информации, поэтому информация будет сохраняться в форме, обусловленной травматическим переживанием, и может, например, привести к появлению выраженных симптомов посттравматического синдрома. Автор высказывает гипотезу, что движения глаз (могут быть и другие альтернативные раздражители), используемые при ДПДГ, запускают психологический процесс, активизирующий информационно-перерабатывающую систему. Во время процедуры ДПДГ, когда пациенту предлагается вызвать травматическое воспоминание, психотерапевт устанавливает связь между сознанием и участком мозга, в котором хранится информация о травме. Движения глаз активируют информационно-перерабатывающую систему и восстанавливают ее равновесие. С каждой новой серией движений глаз травматическая информация перемещается, причем ускоренным образом, дальше по соответствующим нейрофизиологическим путям, пока не достигается положительное разрешение этой информации. Одно из ключевых предположений в ДПДГ состоит в том, что активизация переработки травматических воспоминаний будет естественным образом направлять эти воспоминания к адаптивной информации, необходимой для положительного разрешения. Тем самым модели ускоренной переработки информации свойственна идея о психологическом самоисцелении. В целом же представление об активизации адаптивного информационно-перерабатывающего механизма является центральным в ДПДГ-психотерапии и принципиально важным в применении этой техники к разнообразным психическим расстройствам.

Информационно-перерабатывающая система пациента может быть активирована с помощью направляемых движений глаз либо с помощью альтернативных стимулов, таких как постукивание по руке или звуковые раздражители. Автором предлагается несколько видов движений глаз, которые могут быть использованы при ДПДГ-психотерапии. Задача психотерапевта — определить тип движений глаз, более соответствующий потребностям пациента. Необходимо обеспечить пациенту комфортные



условия при выполнении движений глаз. Психотерапевт не должен продолжать использование этих движений, если пациент говорит о боли в глазах или беспокойстве, возникающих во время процедуры. Цель психотерапевта — вызвать движения глаз у пациента от одного края его визуального поля до другого. Такие полные двусторонние движения глаз следует выполнять с максимально возможной скоростью, но избегая при этом появления чувства дискомфорта. Обычно психотерапевт держит два пальца вертикально с ладонью, обращенной к пациенту, примерно на расстоянии не менее 30 см. При этом психотерапевт должен оценить способность пациента следить за движениями пальцев — вначале медленно, а потом все быстрее и быстрее до достижения той скорости, которая воспринимается как максимально комфортная. Затем можно проверить эффективность диагональных движений глаз, перемещая руку вдоль линии, проходящей через середину лица пациента, справа и снизу, вверх и влево (или же наоборот), т. е. от уровня подбородка до уровня противоположной брови. При других вариантах движений глаза пациента будут двигаться вверх—вниз, по кругу или же в форме восьмерки. Вертикальные движения оказывают успокаивающее действие и могут быть особенно полезными для снижения эмоционального беспокойства или чувства тошноты.

Продолжительность серий движений глаз также определяется *обратной связью* со стороны пациента. Первая серия включает в себя 24 двусторонних движения, где перемещение справа налево и затем снова направо представляют собой одно движение. Такое же количество движений может быть использовано и в первой серии движений. После первоначальной перерабатывающей серии движений глаз психотерапевту следует спросить у пациента: «Что вы сейчас чувствуете?» Этот вопрос дает пациенту возможность сообщить о том, что он испытывает, в форме образов, *инсайтов*, эмоций и физических ощущений. Среднестатистическому пациенту необходима серия из 24 движений для переработки когнитивного материала и достижения нового уровня адаптации. Некоторым пациентам для переработки материала необходима серия из 36 движений глаз или даже большего их количества.

Иные пациенты могут оказаться почти неспособными следить за движениями руки или же могут находить эти движения неприятными; в этом случае необходимо применить способ, при котором используются обе руки. Психотерапевт помещает свои сжатые в кулаки руки по обе стороны визуального поля пациента, а затем поочередно поднимает и опускает указательные пальцы обеих рук. Пациенту даются указания переводить глаза от одного указательного пальца к другому.

ДПДГ-психотерапия состоит из восьми стадий. Первая стадия — история пациента и планирование психотерапии — включает в себя оценивание факторов безопасности пациента и ответственна за отбор пациентов. Основным критерием для определения того, пригодны ли пациенты для ДПДГ-психотерапии, является их способность справляться с тем высоким уровнем беспокойства, который может возникнуть при переработке дисфункциональной информации. Психотерапевт в ходе изучения истории пациента выделяет цели для переработки.

Вторая стадия — подготовка — включает установление терапевтических отношений с пациентом, объяснение сущности процесса ДПДГ-психотерапии и ее эффектов, определение ожиданий пациента, а также вводную *релаксацию*. Важно, чтобы пациент овладел техникой релаксации и мог использовать специальные аудиозаписи, помогающие справляться с проблемами, возникающими в интервалах между сеансами ДПДГ-психотерапии. Если в конце психотерапевтического сеанса пациент проявляет признаки беспокойства или продолжает отреагирование, психотерапевту необходимо применить *гипноз* или направляемую визуализацию. Пациент также обучается созданию в воображении образа безопасного места, где он испытывает комфорт.

Третья стадия — определение предмета воздействия — отражает выявление основных форм отреагирования в отношении травматического воспоминания, идентификацию отрицательного самопредставления и создание положительного самопредставления.

Четвертая стадия — десенсибилизация — психотерапевт повторяет серии движений глаз, внося в них при необходимости изменения фокусировки до тех пор, пока уровень беспокойства пациента не снизится до 0 или 1 по шкале субъективных единиц беспокойства. Между каждой серией движений глаз психотерапевт должен очень внимательно выслушивать пациента, чтобы идентифицировать следующий фокус для переработки. Автор метода подчеркивает, что во многих случаях серии движений глаз недостаточно для полной переработки.

Пятая стадия — инсталляции — сфокусирована на установлении положительного

самопредставления, определенного пациентом, и на увеличении его силы, для того чтобы оно могло заменить собой отрицательное самопредставление. В то время как отрицательные образы, мысли и эмоции становятся более рассеянными, диффузными с каждой новой серией движения глаз, положительные образы, мысли и эмоции становятся все более яркими.

Шестая стадия — сканирование тела — вскрывает области остаточного напряжения, проявляющиеся в форме ощущений в теле. Такие ощущения избираются затем в качестве цели для последовательных движений глаз. В этой стадии пациенту предлагают удерживать в сознании как избранное в качестве цели травматическое событие, так и положительное самопредставление и при этом сканировать сверху вниз все свое тело.

Седьмая стадия — завершение — предполагает возвращение пациента в состояние эмоционального равновесия и комфорта в конце каждого сеанса (обычно сеанс длится 90 минут, 1 раз в неделю). Использование дневника с личными записями и техник визуализации, которым пациента обучит психотерапевт, либо аудиозаписи для релаксации является важным для поддержания равновесия между сеансами. Восьмая стадия — переоценка — проводится с помощью различных протоколов, применяемых в технике ДПДГ-психотерапии, и полного психотерапевтического плана лечения. Эта стадия определяет качество достигнутых психотерапевтических эффектов. Каждый сеанс по переработке должен быть направлен на определенную цель. Общие типы целей даны в стандартном протоколе следующим образом:

- 1) прошлый опыт, являющийся основой патологии;
- 2) существующие в настоящее время обстоятельства или факторы, которые вызывают беспокойство;
- 3) планы будущих действий.

Перед завершением курса психотерапии материал, вскрытый во время анализа истории пациента и последующей переработки, должен быть подвергнут переоценке. Все необходимые воспоминания, нынешние раздражители и предвидимые будущие действия должны быть избраны предметом воздействия и переработки, а пациенту должны быть предложены положительные примеры для будущих действий, способствующие возникновению новых, более адаптивных форм поведения и переработке любых когнитивных искажений. Завершающая переоценка проводится для того, чтобы определить, можно ли заканчивать курс психотерапии.

В своей книге «Десенсибилизация и переработка движениями глаз» (в переводе на русский язык «Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз») Шапиро представила опыт успешного применения ДПДГ-психотерапии, прежде всего в отношении пациентов с посттравматическим синдромом, а также жертв преступлений и сексуального насилия, с фобическим синдромом и других больных. Несмотря на многочисленные сообщения об экспериментальных исследованиях клинических эффектов ДПДГ-психотерапии, механизм, лежащий в основе процесса переработки информации, остается не вполне понятным. Различные гипотезы объясняют психотерапевтический эффект, возникающий при использовании движений глаз, разрушением стереотипной реакции, отвлечением внимания, гипнозом, изменением синаптических потенциалов, реакцией релаксации, активацией обоих полушарий мозга, вызывающей интегративную переработку. Некоторые элементы основных психологических подходов (психодинамического, поведенческого, когнитивного, гуманистического) соединяются воедино в продолжающем свое развитие интегрированном подходе ДПДГ-психотерапии.

См. также *Поведенческая психотерапия*.

**ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ.** Для понимания природы психосоматических расстройств, основной группы заболеваний, при которых психотерапия является важным методом лечения, и их динамики под влиянием психологических воздействий могут учитываться физиологические показатели, и прежде всего в рамках психофизиологии. Основной задачей последней является систематическая регистрация сочетания конкретных переживаний и поведения с физиологическими процессами (в норме и патологии).

С помощью контролируемых лабораторных экспериментов и полевых обследований можно определить, как человеческое переживание и поведение сказываются на физиологических реакциях и регуляторных процессах, и вывести из этого закономерности психосоматических соотношений.

Психофизиология, и особенно клиническая психофизиология, не может обойтись здесь без методов и познаний смежных дисциплин (медицина, нейрофизиология, нейрохимия, экспериментальная психология).

Психофизиологические измеряемые величины, как правило, регистрируются неинвазивно на поверхности тела человека. Они возникают как результат деятельности различных функциональных систем организма (например, центральной нервной, нервно-мышечной, кардиоваскулярной, электродермальной, респираторной, гастроинтестинальной, эндокринной). Измеряя их физические свойства с помощью специальных датчиков, одновременно регистрирующих и усиливающих определяемые показатели, можно преобразовать эти величины в биосигналы. На основании их изменений делается вывод о лежащих в основе соматических процессах, их динамике под влиянием психотерапии.

Основы формирования отечественного психофизиологического направления, в том числе в изучении невротических расстройств, заложены в трудах создателей концепции нервизма, и прежде всего И. М. Сеченова, И. П. Павлова, В. М. Бехтерева, Н. Е. Введенского, А. А. Ухтомского.

Значительным вкладом в разработку этой методологии применительно к задачам изучения нервно-психических заболеваний явились работы В. Н. Мясищевой, В. М. Бехтерева, в которых был сделан важный шаг к переходу от изучения одних лишь аналитических рефлекторных, в частности нейросоматических, компонентов к учету роли таких сложных и синтетических образований, как личность и сознание и соотношений между ними.

Задача объединения психологических и физиологических аспектов исследования (как в клинических наблюдениях, так и в эксперименте) нашла отражение в многочисленных работах сотрудников отделения неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева, независимо от того, какая методика использовалась — ЭКГ, ЭЭГ, ЭМГ, гальванометрия, электрогастрография, нейрохимические показатели и др. (Мясищев В. Н., 1967; Страумит А. Я., 1968; Бобкова В. В., 1971; Мягер В. К., 1976; Карвасарский Б. Д., 1980, и др.).

Широкое распространение при исследованиях неврозов получил психофизиологический эксперимент, заключающийся в применении словесных раздражителей и моделировании ситуаций, различных по эмоциональной значимости для больного, в сочетании с регистрацией физиологических и биохимических показателей. В таком эксперименте физиологические и биохимические изменения определяются избирательным отношением человека к содержанию раздражителя и, следовательно, имеют не только физиологический, но и психологический смысл. Будучи зарегистрированными при различных невротических состояниях и их психотерапии, они характеризуют и эти состояния, и то единство психического и физиологического, которое лежит в основе монистических материалистических представлений о природе психогенных расстройств.

Психофизиологический аспект в изучении психогенных расстройств человека представляется особенно адекватным потому, что психическая травматизация, являющаяся их причиной, всегда содержательна и отражает индивидуальное отношение человека к травмирующим обстоятельствам, сформированное в результате его личного и жизненного опыта. Вместе с тем психическая травма ведет к дезорганизации деятельности нервной системы и организма в целом, к возникновению многообразных функциональных нарушений. Вскрытие содержания психической травмы, изучение и учет личностных особенностей больного — задачи психологического исследования. Изучение нарушений нейродинамики и соматических сдвигов требует использования разнообразных физиологических и биохимических методик. Психофизиологический эксперимент обеспечивает и одну и другую стороны исследования в их связи и единстве.

Так, у больных неврозами (Бобкова В. В., 1971) изучались электроэнцефалографические реакции на словесные раздражители. Если при обычных сенсорных раздражениях можно судить о реактивности различных анализаторных систем, то словесные воздействия позволили выявить избирательную выраженность реакции на смысловое значение раздражителя. Реакции на словесные раздражители сопровождались неоднозначными изменениями электрической активности, зависящими от типа исходной ЭЭГ и значимости словесного раздражителя. Словесные раздражители, затрагивающие «больные» пункты, были чрезмерно сильными для большинства больных. Они вызывали отчетливые, но неоднозначные изменения электрической активности, большей частью выражавшиеся в подавлении

альфа-активности, усилении быстрых колебаний и появлении на этом фоне медленных волн и мышечных потенциалов. Состояние тревоги часто сопровождалось значительными нарушениями электрической активности и вегетативными проявлениями. У больных невротизмом до психотерапии, затрагивавшей значимые их переживания, послужившие источником невротической декомпенсации, в записи ЭЭГ отмечено доминирование высокоамплитудных колебаний с множеством острых волн и наличием колебаний мышечного происхождения. Отмечались также спонтанные колебания кожно-гальванического рефлекса (КГР) и аритмичность дыхания (ПГ). Во второй записи после окончания психотерапии наблюдалось изменение ЭЭГ, доминирующей формой активности во всех отведениях становился альфа-ритм; дыхание приобретало ритмичность, уменьшались спонтанные колебания КГР.

Экспериментальные психофизиологические исследования были использованы при изучении невротических нарушений внутренних органов — сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной и других систем. В процессе исследования регистрировались одновременно несколько физиологических показателей, отражающих особенности реактивности коры головного мозга (ЭЭГ), преимущественно вегетативной нервной системы (кожно-гальванический рефлекс — КГР), а также тех или иных изучаемых систем (ЭКГ, пьезопульсограмма, запись дыхания, оксигемограмма, электрогастрограмма — запись моторики и кислотности желудочного сока и др.).

При изучении невротических нарушений сердечной деятельности А. Я. Страумитом была сделана попытка объективизировать в процессе патогенетической психотерапии динамику взаимоотношений между переживаниями, связанными с конфликтной жизненной ситуацией, и обусловленными страхом за состояние сердца. Регистрировали ЭЭГ, ЭКГ и частоту дыхания. Учитывали реакции на специально подобранные словесные раздражители, адресованные к особенностям личности больных, клинической картине заболевания и патогенной жизненной ситуации. Повторные исследования под влиянием психотерапии позволили не только уточнить связи между определенными переживаниями и расстройствами сердечной деятельности, но и выявить некоторые закономерности их динамики в ходе психотерапии. При поступлении в клинику у больных особенно частыми и выраженными были реакции ЭЭГ и ЭКГ на представления, связанные с нарушением сердечной деятельности. При этом ЭКГ-реакции, отражающие избирательный характер психосоматического переключения при эмоциональном стрессе, были более выраженными, отмечались у большего числа больных и могли возникать вне заметных изменений на ЭЭГ. Под влиянием психотерапии, направленной на осознание больным конфликтной ситуации как причины невроза, отмечались определенные ЭКГ-изменения. Учащались и становились более выраженными ЭЭГ-реакции на представления, связанные с психотравмирующими обстоятельствами. ЭЭГ-реакции в ответ на представления, касающиеся состояния сердца и проявления кардиофобии, наоборот, урежались и становились менее заметными. Указанная динамика показателей психофизиологического эксперимента отражала изменения в состоянии больных, выявляемые и клиническим методом.

При любой мозговой патологии, как известно, в первую очередь активируется адренергический субстрат ретикулярной формации, что выражается в состоянии тревожности и эмоционального напряжения, в наличии а ЭЭГ тета-активности и высоких КГР. Вместе с тем эмоциональное напряжение вызывает не только изменение функционального состояния мозга, но и нарушение нейроэндокринного звена. Реакции эмоционального стресса сопровождаются нарушениями в функционировании симпатико-адреналовой и гипоталамико-адреналовой систем.

По мнению ряда авторов, мерой степени выраженности функционального напряжения можно считать величину вегетативных и биоэлектрических сдвигов, в связи с чем были сопоставлены полученные данные и прослежена динамика электрофизиологических, биохимических и клинических показателей, отражающих эмоциональную реактивность в процессе *групповой психотерапии*.

Определялась направленность клинических сдвигов, психологических (показателя самооценки по методике Q-сортировки и др.), электрофизиологических (ЭЭГ-реакции, Е-волны и др.) и биохимических показателей (адреналина, норадреналина, ДОФА, дофамина) у больных невротизмом перед началом, в середине курса и после окончания групповой психотерапии. К периоду выписки больных из отделения после успешно проведенного лечения отмечалось статистически достоверное уменьшение степени выраженности тета-ритма на ЭЭГ, физиологических реакций на эмоционально значимые словесные раздражители, КГР, а также снижение показателей клинической шкалы. Это

свидетельствовало об ослаблении эмоциональной напряженности и уменьшении таких симптомов, как раздражительность, тревожность и снижение активного внимания (последнее подтверждалось нормализацией формы и увеличением степени выраженности Е-волны Уолтера). Наряду с улучшением клинического состояния больных, ЭЭГ и вегетативных функций отмечены определенные положительные сдвиги в обмене катехоламинов, хотя экскреция адреналина оставалась несколько повышенной по сравнению с нормой. К периоду окончания групповой психотерапии, в отличие от второго этапа исследования, определялись преимущественно однонаправленные сдвиги клинических, психологических, нейрофизиологических и биохимических показателей.

В приведенных психофизиологических исследованиях значительный интерес представил вопрос о внутренне обусловленной закономерной смене значимости психологических стрессоров при неизменной конфликтной ситуации, ведущей к неврозу. Один из аспектов этой сложной и актуальной проблемы нашел частичное отражение в уже упомянутых исследованиях, которые показали, что конфликтная патогенная ситуация, имеющая основное значение в возникновении невроза, на определенных этапах его развития может «заслоняться» новыми психологическими стрессорами. В качестве таковых чаще всего выступали сами болезненные нарушения, т. е. ведущие симптомы невроза. А. Я. Страумит проанализировал динамику состояния отдельных больных с закономерной сменой психологических стрессоров в процессе психотерапии неврозов: от стресса, вызванного психотравмирующей ситуацией, к стрессу, сохраняющемуся благодаря переживанию болезни, и вновь к стрессу, хотя и определяющемуся прежней психогенией, но с перспективой его устранения в условиях активной психотерапии, направленной, с одной стороны, на разрешение конфликтной ситуации, а с другой — на попытку изменить отношение больного к этой ситуации.

Во многих работах (Платонов К. И., Буль П. И., Мягер В. К., Панов А. Г. и др.) описаны изменения на физиологическом, патофизиологическом, нейрохимическом уровнях, вызываемые воздействием гипноза, аутогенной тренировки и других методов психотерапии.

Анализ результатов исследований подтверждает положение Б. Д. Карвасарского, В. А. Мурзенко (1979) о том, что при изучении механизмов лечебного действия и методов *оценки эффективности психотерапии* необходимо учитывать взаимодействие многочисленных и многомерных переменных как психологического, так и биологического характера, поскольку изменения, происходящие с больным и являющиеся конечной целью психотерапевтического воздействия, относятся к различным уровням интеграции и функционирования организма и личности.

Большое значение в выявлении изменений на различных уровнях организма под влиянием психотерапевтических воздействий приобретают эксперименты с *биологической обратной связью*.

## Р

**РАЗГОВОРНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ** (Gesprachspsychotherapie от нем. das Gespräch — разговор, беседа). 1. Термин, которым в Германии обозначается *клиент-центрированная психотерапия*. Боммерт (Bommert Н.) указывает, что конкретно описать и проанализировать Р. п. невозможно, так как она не является единой, целостной, сформированной концепцией, но ее можно представить в рамках основных положений *Роджерса* (Rogers С. R.). Боммерт определяет Р. п. как планомерную, систематическую и селективную форму вербальных и невербальных коммуникаций и социальных интеракций между двумя (психотерапевтом и пациентом) или более людьми. Цель их — уменьшение переживаемых пациентом психических нарушений, которые наступают вследствие новой ориентации пациента в своих переживаниях и своем поведении за счет дифференциации образов «Я» и расширения пространства взаимодействия на базе основных знаний научной психологии, особенно педагогической и социальной. Подчеркивается, что дальнейшее развитие Р. п. связано со значимостью для ее теории и практики как естественнонаучных, так и гуманистически-феноменологических представлений. 2. Неподчиненная психотерапия, принадлежащая к гуманистическому направлению и имеющая в своей основе идеи и представления, во многом совпадающие с важнейшими подходами клиент-центрированной психотерапии Роджерса. Основные принципы Р. п. разработаны в Германии Таушем (Tausch R.) и Хельмом (Helm J.).

Согласно представлениям Тауша, пациент обладает способностью понять и самостоятельно изменить те стороны своей личности и своего поведения, которые препятствуют *самоактуализации*. Реализация этих способностей пациента становится возможной в том случае, если психотерапевт не навязывает пациенту своего видения, понимания, *интерпретаций* и гипотез, а старается понять его на основе *вербализации* его эмоциональных состояний и переживаний. С помощью психотерапевта пациент сам может справиться с существующими проблемами, конфликтами и трудными ситуациями, и те способы перестройки, изменений, которые он находит самостоятельно, с точки зрения Тауша, являются более адекватными и конструктивными, приносят больше удовлетворения, повышают уверенность в себе, степень самоуважения и самооценку, что в конечном счете и способствует становлению зрелой, самоактуализирующейся личности.

Основными понятиями в системе Р. п. являются: самоэксплорация (степень ее определяет, в какой мере пациент включает в беседу свое собственное поведение и личные эмоциональные переживания, раздумывает над ними или делает из них выводы для себя); вербализация (описание эмоциональных переживаний пациента психотерапевтом, вскрытие экстернального и интернального содержания его высказываний); положительная оценка и эмоциональная теплота (признание пациента как личности, забота о нем как о самостоятельном человеке, готовность принять участие в его переживаниях); самоконгруэнтность (совпадение словесной аргументации с внутренним состоянием психотерапевта); самовыражение (высказывания психотерапевта, в которых он передает свои собственные, относящиеся к актуальной ситуации психотерапии переживания).

Хельм в качестве основных терапевтических переменных Р. п. выделяет: принятие, или безусловную положительную оценку, *эмпатию*, или вербализацию содержания эмоциональных состояний и переживаний, собственную конгруэнтность или истинность поведения психотерапевта. Реализация этих основных терапевтических переменных означает для Хельма; 1) настоящее эмоциональное увлечение и вовлеченность психотерапевта в психотерапевтическую ситуацию, его понятность как человека для пациента; 2) создание безопасной атмосферы как предпосылки к восприятию, принятию и изменению несовместимых ранее чувств, желаний и потребностей пациента; 3) ориентацию всех действий психотерапевта на внутренний мир пациента, на сообщаемое им содержание.

Представители Р. п. считают, что основная цель психотерапевта заключается в вербализации, отражении чувств и переживаний пациента, которые не должны выходить за рамки их содержания, что различные интерпретации со стороны психотерапевта, построение гипотез недопустимы. В соответствии с этим подготовка психотерапевтов в Р. п. предусматривает в качестве одного из важнейших элементов последовательное обучение различным уровням вербализации.

Р. п. реализуется как в индивидуальном, так и в групповом варианте. *Групповая психотерапия* в рамках этой концепции имеет свою специфику. Хельм считает, что фаза *конфронтации* членов группы с психотерапевтом (вторая фаза групповой психотерапии) вызывает чрезмерную фрустрацию пациентов, а потому поведение психотерапевта должно быть направлено не на усиление ее, а на устранение. Основным содержанием этой фазы должно быть стремление членов группы к внутренней согласованности, к исследованию Мы-группы, преодолению негативных чувств и развитию близости между ее участниками.

**РАППОРТ** (от франц. rapport — связь, сообщение). Словесный контакт гипнотизирующего с гипнотизируемым, находящимся в гипнотическом состоянии.

Р. с гипнотизируемым может быть изолированным (реагирование только на слова гипнотизера) или обобщенным (генерализованным) (когда любой из присутствующих при *гипнозе* может установить с гипнотизируемым речевой контакт). При изолированном Р. у гипнотизируемого имеется тонко дифференцированная условная реакция не только на слова, но и на тембр голоса, интонацию гипнотизирующего. Словесным *внушением* состояние изолированного Р. может быть распространено на другое лицо (явление передачи Р.).

Р. может быть и несловесным (например, в случае *гипнотерапии* глухонемых). Об этом свидетельствуют эксперименты по гипнотической индукции иноязычных студентов (Эриксон (Erickson M. H.)). В технике гипнотической индукции Эриксон в качестве важного элемента Р. рассматривает «физиологическое присоединение» (в частности, синхронизацию дыхания).

См. также *Эриксоновский гипноз*.

**РАСКРЫВАЮЩАЯ РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ВИДА.** Метод, разработанный В. Д. Видом (1991, 1993), явился результатом обобщения опыта многолетнего лечения и исследования данного контингента больных психиатрической клиники.

Типы вмешательства в Р. Р. п. б. м. ш. В. разрабатывались и основывались на представлениях о мишенях психотерапии у больных малопрогредиентной шизофренией. В качестве таковых В. Д. Видом рассматриваются:

- 1) искажения восприятия важнейших мотивационных структур;
- 2) основные дезадаптивные психологические установки;
- 3) феномены нарушения внутренней картины болезни;
- 4) наиболее типичные проявления дезадаптивных психологических установок в поведении больных;
- 5) непосредственные проявления дезадаптивных психологических установок больных в ходе психотерапии.

Ниже приводятся основные типы вмешательства в Р. Р. п. б. м. ш. В.

1. *Эмоциональная поддержка.* Это высказывания, отражающие ободрение, сочувствие, сопереживание, готовность эмоционального принятия больного, помощи ему. Основная функция — поддержание удовлетворительного терапевтического контакта. Эмоциональная поддержка может использоваться не только как инструмент для установления контакта, но и как средство регулирования содержательной стороны поведения больного. Избирательное *подкрепление* определенных высказываний может способствовать самораскрытию больного. Коррекция дезадаптивных психологических установок ставит перед эмоциональной поддержкой дополнительную задачу снижения возникающего при этом *сопротивления* больного *психотерапевтическому вмешательству*. Этому могут способствовать следующие характеристики эмоциональной поддержки: оправдание трудностей, встречаемых больным в терапии, необходимостью избавления от страданий, потребностью решить жизненные проблемы, реализовать положительные перспективы, сообщение больному уверенности в том, что врач не возлагает на него вину за появление проблем и конфликтов; подчеркивание неуникального, общечеловеческого характера обнаруживаемых у больного дезадаптивных психологических структур; готовность принять проявления сопротивления больного психотерапевтической коррекции и убедить его в том, что оно не снижает общего положительного отношения к нему, оценки его личности в целом и готовности помочь, так как носит закономерный, непредвзятый и общечеловеческий характер; смягчение несогласия с позицией больного и возникающего при этом напряжения юмором, менее конфронтативной формой частичного согласия типа «да, но...».

2. *Стимуляция.* Это побуждение к размышлениям в каком-то определенном направлении, поиску решения определенных задач и высказываниям различного функционального значения. Основная цель — максимальная мобилизация самостоятельной когнитивной деятельности больного, его самораскрытия, активного участия в решении проблем. В работе с больными шизофренией, в отличие от больных с неврозами, стимуляция более интенсивна в силу большей пассивности и заторможенности таких пациентов. В то же время оптимальная стимуляция больных (в особенности в направлении раскрытия значимых переживаний, сопровождаемых страхом негативной оценки окружающих) не должна восприниматься ими как нечто угрожающее, ее следует соразмерять с их сниженными энергетическими и психическими возможностями. Стимуляция чаще (но не обязательно) строится в форме вопроса. В структуре стимулирующего высказывания может программироваться не только функциональное значение ответа, но и его конкретное содержание. Если психотерапия проводится в группе, то существенную роль играет так называемая непрямая стимуляция, когда врач использует высказывания других членов группы для коррекции направления обсуждения.

3. *Совет.* Прямое руководство, предложение конкретного варианта поведения, конкретное указание в директивной форме — самый простой и распространенный, хотя и далеко не самый действенный вариант вмешательства. На этапе коррекции дезадаптивных психологических установок используется редко из-за возможного усиления регрессивных тенденций больных. Однако этот прием

совершенно необходим после преодоления дезадаптивных психологических установок, на этапе совершенствования проблемно-решающего поведения, когда вмешательства носят преимущественно тренировочный, психопедагогический характер. Среди решаемых здесь задач рекомендации по оптимальному быто- и трудоустройству, помощь в нахождении «социальной ниши», обеспечивающей защиту от социальных стрессоров, в поиске внепрофессиональной занятости, облегчающей установление социальных связей и получение внутренней удовлетворенности; сюда относится также нахождение остаточных резервов в сохранившихся социальных навыках, обучение и тренировка коммуникативных приемов, которыми больной не владеет. Чрезвычайно важным является *научение* пациента своевременному распознаванию надвигающегося рецидива, с одной стороны, и в то же время игнорированию отдельных, затрудняющих адаптацию психопатологических проявлений или даже симулятивному поведению во внутерапевтических ситуациях — с другой. По внутренней структуре дидактические приемы имеют разную степень сложности и предусматривают разные уровни сотрудничества больного с врачом в процессе научения. Гибкое использование отдельных вариантов с учетом возможностей пациента позволяет добиться большего терапевтического успеха: простой совет — указание о том, что надо сделать, без разъяснений, как именно это надо делать; подробная инструкция по выполнению сложных образцов поведения с указанием последовательности выполнения отдельных этапов, конкретных ролевых приемов, привязанных к возможным вариантам ситуаций; предложение больному нескольких альтернативных вариантов поведения, один из которых он может выбрать самостоятельно; обучение больного типовым проблемно-решающим алгоритмам, выводящим на многофункциональные формы поведения, пригодные для решения и других сложных задач.

4. *Разъяснение, уточнение.* Основная цель — повышение точности понимания сути получаемого от больного материала, исключение возможных параллельных истолкований смысла, устранение недостаточной смысловой связанности сообщаемой информации. Здесь возможны также насыщение суждений, сделанных ранее в более общей форме, конкретными деталями, примерами, иллюстрациями и резюмирование — сжатое воспроизведение смысла изложенного ранее более пространно или менее последовательно. Границы применения уточнений — осознаваемые содержания переживаний, не подвергшиеся искажению защитными психологическими процессами, но в то же время и не представляющиеся еще больному достаточно определенными, ясными и увязанными в общий жизненный контекст. В этом смысле наиболее употребительным вариантом уточнения является так называемое фокусирование — фиксация внимания больного на еще не вербализованных компонентах содержания проблемных переживаний с целью их последующей *вербализации*. По существу, фокусирование представляет собой осторожное нащупывание границ, за которыми воспринимаемая информация начинает подвергаться искажениям, а попытки коррекции наталкиваются на сопротивление больного и требуют использования уже других инструментов.

5. *Конфронтация.* Главная цель — возвращение в сознание больного информации, подвергшейся избирательной фильтрации дезадаптивными психологическими установками, демонстрация признаков наличия интрапсихических конфликтов и связанных с ними психологических процессов, искажающих восприятие реальности. Конфронтация — это сообщение не столько сути информации, сколько связанного с ней значимого переживания, в противном случае она плохо фиксируется в сознании. При использовании конфронтации не следует жалеть усилий, чтобы убедить больного в том, что сообщение ему информации, с которой он, как правило, не согласен, ни в коей мере не означает враждебности по отношению к нему врача, преподносящего эту информацию. Применяя конфронтацию, необходимо следить за степенью внутреннего неприятия больным суждений врача, болезненных для него, и за его готовностью с ними согласиться. Наиболее часто используются такие приемы конфронтации: выявление внутренней противоречивости высказываний больных, их несоответствия реальности, несовпадения его действительной линии поведения с той, которую он декларирует; выявление психосоциальной обусловленности и дезадаптивного поведения, внутреннего дискомфорта, симптомов по временной связи их проявления (исчезновение, изменение интенсивности) с определенными стрессовыми ситуациями; выявление неосознаваемых конфликтных отношений по чрезмерности или заниженности адекватной по содержанию эмоциональной реакции на ситуацию сравнительно с нормативной: обнаружение при дезадаптивных психологических установках (типа односторонней биологической модели болезни и экстернализации причин дезадаптации) игнорируемых больным



дефектов проблемно-решающего поведения, в том числе и в преморбиде, вне симптомов или мнимых стрессоров, на которые ссылается больной; обнаружение безосновательного недовольства, внутреннего дискомфорта вне действия социальных стрессоров, выпадения из репертуара больного поведения, направленного на получение удовлетворения без видимых к тому препятствий, т. е. признаков неосознаваемых интрапсихических конфликтов.

Материалом для конфронтации является и поведение больного непосредственно в ходе психотерапии. Он содержится в проявлениях сопротивления, все варианты которого обычно не осознаются или искаженно воспринимаются больными.

6. Объективация. Успех коррекции дезадаптивных психологических установок зависит от полноты выявления ведущих неосознаваемых компонентов переживаний и поведения, их конкретизации, вербализации и показа больному их несоответствия объективной действительности. Это — основная цель объективации представлений больного, достигаемая с помощью трансперсональной проекции. Общим для этой группы приемов является перенесение субъективных представлений больного на аналогичные представления врача или других членов *психотерапевтической группы* с целью их последующего сравнения между собой и вскрытия расхождений: сопоставление представления больного о себе, его самооценки с тем, каким его видит врач или другие члены психотерапевтической группы; сопоставление оценки больным степени реалистичности представлений о себе и об окружающих с их оценкой врачом или другими членами психотерапевтической группы; сопоставление видения больным его реальной жизненной ситуации с ее оценкой врачом или другими членами психотерапевтической группы; сопоставление взаимооценки, субъективных представлений больного о том, каким его видят значимые лица социального окружения, с тем, как видят эту взаимооценку врач или другие члены психотерапевтической группы; сопоставление видения больным значимых лиц своего социального окружения с объективной оценкой этих лиц врачом или другими членами психотерапевтической группы.

#### 1) Приемы объективации представлений больного с помощью моделирования.

Общим для этой группы приемов является манипулирование содержательными компонентами переживаний и поведения больного (сопоставление их друг с другом и аналогичным материалом у других, гипотезы относительно того, как бы они выглядели при определенных изменениях внешней ситуации) с целью обнаружить скрытые психологические дефекты: пересмотр актуальных ситуаций обыденной жизни больного, сравнение их друг с другом, выделение группы ситуаций, в которой можно предположить влияние на поведение больного феноменов дезадаптивных психологических установок; сравнение ситуаций обыденной жизни больного, в которых обнаружены проявления дезадаптивных психологических установок, наложение их друг на друга с целью выявления общего стержневого механизма психологической дисфункции; моделирование в психотерапевтической ситуации («здесь и теперь») реального поведения больного в ходе его конфликтного или потенциально конфликтного общения со значимыми для него лицами социального окружения («там и тогда») (часто для этого используется прием психодраматического импровизированного взаимодействия в заданных условиях, например с так называемой сменой ролей, когда больному предлагается самому показать, как ведут себя окружающие); сопоставление феноменов дезадаптивных психологических установок, выявляемых у других членов психотерапевтической группы и легче распознаваемых больным со стороны, с этими же проявлениями в аналогичных ситуациях у него самого, что им чаще не осознается; перемещение внутреннего взгляда больного на ситуацию дезадаптации, его искаженной оценки происходящего в ней, в иную ситуацию, условия которой усиливают ошибки в переработке информации, не осознаваемые больным в актуальной ситуации, доводя их до видимого ему абсурда (прием часто используется для демонстрации больному дефектов «внутренней картины болезни», нереалистичности идеальных представлений); при субъективной невозможности для больного самому сформулировать неясные для него компоненты значимых установок и переживаний — предъявление ему серии предположительных вербализованных вариантов («опознанные» больным варианты составят более точную общую картину его субъективных представлений — принцип фоторобота); символическая реализация идеальных представлений («перемещение внутреннего взгляда больного в гипотетические социальные ситуации, в которых его идеальные представления оказались бы реализованными; появление соответствующего эмоционального отклика и его интенсивность могут определить истинность идеалов, их соответствие

собственным зрелым потребностям больного); при экстернализации причин дезадаптации — визуализация поведения больного при гипотетическом удалении мнимого стрессора, препятствия (прием позволяет выявить истинные причины дезадаптации, срабатывающие и в отсутствие стрессора, на который ссылается больной); визуализация поведения больного при гипотетическом перемещении его в ситуацию, которой он ранее избегал (прием позволяет больному видеть отрицаемые им дефекты функционирования и защитный характер избегания потенциально опасных ситуаций); при отрицании больным чрезмерности его эмоционального реагирования на действие социального стрессора — видоизменение ситуации, нейтрализующее действие *психологической защиты* и чрезмерность реакции (прием позволяет больному увидеть существование дезадаптивной психологической установки и оказывается более действенным, когда в аналогичных ситуациях с нормативным реагированием больного специфическое видоизменение обстановки включает влияние дезадаптивных психологических факторов и вызывает видимую больному эксцессивность реагирования); при недостаточности жизненного материала для выявления действия дезадаптивных психологических установок импровизированное поведение больного в специально смоделированных, гипотетических ситуациях с действием в них предположительных стрессоров или представления больного о поведении других лиц в таких ситуациях (позволяет увидеть скрытые дефекты его проблемно-решающего поведения); при экстернализации больным причин дезадаптации со ссылкой на неудовлетворение осознаваемых им и на самом деле непричастных к социальной дезадаптации потребностей — гипотетическое перемещение его в ситуации, в которых эти потребности оказывались бы удовлетворенными (сохраняющийся дискомфорт помогает больному увидеть неосознававшуюся ранее потребность, являющуюся истинной причиной дезадаптации); при наличии несовместимых друг с другом потребностей и неосознании одной из них гипотетическое перемещение больного в ситуацию, в которой неосознаваемая потребность оказалась бы удовлетворенной (появление отсутствовавшей ранее эмоциональной удовлетворенности позволяет больному увидеть неосознававшийся ранее мотив); гипотетические перемещения больного в ситуации, аналогичные жизненным обстоятельствам, вызывавшим состояние социальной дезадаптации перед поступлением (поведение в них больного позволяет оценить прогресс, достигнутый им в ходе лечения, и его готовность к выписке).

2) Приемы объективации при сопоставлении с социокультурными нормами: коррекция субъективных представлений больного сообщением данных о нормативном функционировании психики человека, адаптивных процессах психологической защиты, возможностях проблемно-решающего поведения; коррекция представлений больного с помощью информации о нормах межличностных отношений; нормативное разграничение инфантильного и зрелого поведения человека в конкретных обстоятельствах; нормативное разграничение инфантильных и зрелых компонентов в актуальном поведении взрослого человека; определение чуждости или соответствия потребностей, элементов поведения зрелым структурам личности, нормативные определения чувства вины и ответственности; сопоставление актуального поведения больного с гипотетическим поведением нормативного, социально адаптированного человека с целью выявления ресурсов проблемно-решающего поведения.

7. *Интерпретация.* В широком смысле слова интерпретация — это разъяснение значения поведения или переживания больного, однако такое определение не дает полного представления о значении этого приема. Интерпретация — это важнейшее заключительное и связующее звено в работе с неосознаваемыми компонентами переживаний больного, делающее возможной реализацию достигнутой *психологической коррекции* в новом, адаптивном рисунке поведения больного. Конфронтация, восстанавливая объективное видение реальности, отвечает на вопрос: что произошло? Объективация убеждает больного в достоверности полученной им реальной картины. Интерпретация же призвана ответить на вопрос: почему это произошло? Без ответа на него в дальнейшем невозможен успешный контроль продуктивного поведения и предотвращение имевшихся искажений переработки информации. Конфронтация совмещает осознаваемую больным информацию о реальности с ранее отфильтрованной неосознаваемой, а интерпретация приводит этот совмещенный комплекс во взаимосвязь с бессознательными установками и мотивами, возникающими в актуальной жизненной ситуации, переводя мнимую логику субъективного видения мира при действующих дезадаптивных психологических установках через фазу конфронтации в объективную логику полного видения

реальности. Интерпретация придает самооценке больного временное измерение, представляя собой поиск общего знаменателя между его поведением в прошлом, настоящем и в отношениях с врачом; она исследует происхождение искажений реальности и цели, достигаемые при этом дезадаптивными психологическими установками.

Временной аспект интерпретации безусловно важен для обеспечения целостности объяснения всей картины больным, но в то же время его практическое значение не следует абсолютизировать. При работе с больными шизофренией, в отличие от больных с неврозами, в интерпретации нуждаются не столько события, происходившие в прошлом в ходе общения больного со значимым окружением, сколько эмоциональные реакции, сопровождавшие эти события и оказавшиеся условно-рефлекторно зафиксированными в современном его поведении. В этом смысле решающей для успеха данного приема является его эмоциональная опосредованность. Чисто интеллектуализированное, свободное от эмоций понимание больным происходящего никогда не ведет его к продуктивному поведению. Интерпретация будет успешна лишь в том случае, если гипотезы врача о причинах дезадаптации окажутся полностью подтвержденными процессом объективации. Интерпретация должна иметь оптимальную глубину (т. е. степень расхождения между гипотезами объяснения самого больного и врача не должна быть чрезмерной) и быть своевременной (т. е. обеспеченной готовностью больного принять и интегрировать ее, что, в свою очередь, связано с успешностью преодоления сопротивления больного психотерапевтической коррекции). Кроме того, чтобы больной воспринял интерпретацию, она должна быть созвучной его жизненному опыту, культурным особенностям его среды происхождения и не превышать его когнитивных возможностей усвоения.

Интерпретативная работа повторяется многократно на серии аналогичных ситуаций как из прошлого больного, так и из его текущей повседневной жизни. Основная цель этого этапа — научить больного самостоятельно распознавать дезадаптивные психологические установки в типовых ситуациях их проявления, так как по мере углубления осознания снижается вероятность их срабатывания в дальнейшем.

В. Д. Вид акцентирует внимание на том, что арсенал инструментальных приемов психотерапевта есть лишь средство успешной реализации его общего клинического опыта, овладение различными приемами — лишь часть подготовки и не должно становиться самоцелью. Больного нельзя лечить с помощью «рецептурного справочника» отдельных психотерапевтических приемов. Индивидуализация задач на основе диагностики на психопатологическом, психологическом и социальном уровнях, точная оценка ресурсов и возможностей больного, гибкий подбор наиболее адекватных методов в их правильном сочетании с медикаментозными и другими вмешательствами — такова основа эффективного проведения психотерапии.

**РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Впервые наиболее подробно и системно изложена швейцарским невропатологом Дюбуа (Dubois P.) в книге «Психоневрозы и их психическое лечение» (1912). Возникнув как альтернатива терапии *внушением*, Р. п. опиралась прежде всего на разум, мышление пациента (лат. *ratio* — разум, рассудок).

Особенностью первого этапа развития Р. п. было подробное описание нарушений мышления при различных психических заболеваниях, использование достижений как формальной, так и диалектической логики с целью коррекции неправильных суждений больных «психоневрозами».

Что включает в себя сегодня понятие Р. п.? Сохранили ли ее технические приемы свое значение или стали архаичными? Ответы на эти вопросы достаточно актуальны в свете появления «новых» методов психотерапии (в данной статье использованы материалы, предоставленные В. Л. Минутко.).

При описании различных методов современной психотерапии мы и сейчас встречаем те же основания, которые высказывал еще Дюбуа. Особенно много общего у Р. п. с такими психотерапевтическими методами, как *когнитивная психотерапия* и *рационально-эмоциональная психотерапия*. Отдельные положения и приемы Р. п. согласуются с методом *нейролингвистического программирования* (метамодель, изменение суждений с помощью техники субмодальностей, использование аналогий — метафор и т. д.) и *прививки против стресса Мейхенбаума*.

До сих пор методы рационально-эмоциональной и когнитивной — *когнитивно-поведенческой психотерапии* — не определены в своем отношении к Р. п., что, с одной стороны, приводит к размыванию понятия Р. п., а с другой — к отказу от самостоятельности метода Р. п. вообще. Для того

чтобы четче очертить границы Р. п., необходимо осветить в сравнительном аспекте те психотерапевтические методы, которые имеют общие черты с основными положениями Р. п.

**Таблица 9. Сравнительная характеристика рациональной, когнитивной и рационально-эмоциональной психотерапии**

Основные характеристики метода психотерапии	Психотерапевтические методы		
	Рациональная психотерапия	Когнитивная психотерапия	Рационально-эмоциональная психотерапия
Основоположники	Поль Дюбуа	Аарон Бек	Альберт Эллис
Ключевые звенья психических нарушений	Ошибки формальной логики, «иллогизмы» («после этого, по причине этого» — смешение причины и следствия, недостаточное основание и т. д.), пренебрежение категориями и законами диалектической логики, искаженная «внутренняя картина болезни»	Когнитивные искажения, ошибки в суждениях: персонализация, дихотомичность мышления, выборочное абстрагирование, произвольные умозаключения, свергенерализация, катастрофизация	Жесткие когнитивно-эмоциональные связи, иррациональные установки: долженствования, катастрофизации, обязательной реализации своих потребностей, оценочная установка (чрезмерное обобщение или упрощение). Или двенадцать и более «основных иррациональных идей
Этиология	Развитие болезни	Неправильное <i>научение</i> в процессе познавательного или когнитивного развития личности	Наследственность и окружающая среда хотя и играют определенную роль, но менее значимы, чем настоящее
Основная цель метода	Формирование понятий и представлений о заболевании, демонстрация логических ошибок, <i>убеждение</i> пациента в основном тезисе врача	Коррекция когнитивных искажений	Реконструкция системы убеждений, отказ от требований и жестких иррациональных установок
Логический компонент	Сфера формальной и диалектической логики	Сфера формальной логики	Сфера формальной логики
Дидактические приемы	Помимо психологических оснований используются нравственные, моральные принципы дидактики, отсюда системность использования ее приемов	Дидактические приемы психологической ориентации	Дидактические приемы психологической ориентации

Приемы риторики	Активное и системное использование приемов риторики	Активное использование отдельных приемов риторики	Активное использование отдельных приемов риторики
Предварительный этап	Установление контакта с пациентом. Изложение пациентом сути своей проблемы	Установление контакта с пациентом. Объяснение и обоснование эффективности метода. Объяснение пациентом сути своей проблемной ситуации, его варианты решения проблемной ситуации	Установление контакта с пациентом. Объяснение и обоснование эффективности метода. Получение согласия пациента на данный метод лечения
Диагностика	Выявление логических ошибок, неправильных суждений пациента в отношении оценки своего состояния. Анамнез болезни. Клинические и параклинические (объективные) данные	Конкретные техники типа: «что, если», «пробных мыслей и образов», улавливание «автоматических мыслей». Шкала депрессий Бека, шкала безнадежности. Выявление индивидуальных негативных моделей	Техника «что, если», «перечни иррациональных убеждений Джонса, Кассинове, Байсдена, Шорки. Самоанализ пациента по отношению к его иррациональным суждениям в проблемных ситуациях
Этапы лечения	1. Объяснение и разъяснение, «насыщение информацией» (формирование понятий) 2. Убеждение (коррекция ошибочных суждений), обучение принципам и законам формальной и диалектической логики 3. Переориентации (изменение отношения к болезни, изменение иерархии ценностей, стабильное изменение жизненных установок) 4. <i>Психагогика</i>	1. Когнитивное оспаривание ложных идей 2. Поведенческое оспаривание	1. Когнитивное оспаривание иррациональных идей — «стадия дискуссии» 2. Предъявление активизирующих событий, развитие новых, рациональных и реалистичных суждений о событиях — «стадия эффекта»
Спектр уровней воздействия	Личностный, когнитивный, эмоциональный, поведенческий	Когнитивный, эмоциональный, поведенческий	Когнитивный, эмоциональный, поведенческий
Степень нозологической направленности	В большей мере направлена на болезнь, характеризующуюся специфическими нарушениями мышления. Ближе к каузальной причинной	В большей мере направлена на синдром (обсессивный, параноидный, маниакальный, депрессивный), реже на симптомы (тревога,	В большей мере направлена на отдельные проявления (признаки), нарушения мышления

	терапии, учитывающей этиопатогенез болезни	страх). Условная специфичность нарушений мышления при отдельных синдромах	
Когнитивные техники	<i>Сократовский диалог</i> , метод аналогий, самоанализ (интроспекция)	Сократовский диалог, техника «заполнения пустоты», декатастрофизация, метод аналогий, реатрибуция, переформулирование, децентрализация	Сократовский диалог, когнитивный диспут, наблюдение за своим мышлением, метод аналогии, самоанализ (интроспекция)
Техники <i>поведенческой</i> <i>психотерапии</i>	Редкое использование, с целью иллюстрации и наглядности проверки обоснованности суждений пациента в реальной жизни	Активное использование поведенческих техник (ролевые игры, экспозиционная терапия, планирование деятельности, техники отвлечения внимания)	Активное использование поведенческих техник (ролевые игры, <i>оперантное</i> <i>обусловливание</i> и т. д.)
Личностная ориентация	Рассматривает личность в широком диапазоне, учитывает динамику личностных особенностей в процессе психотерапии	<i>Самоактуализация</i> личности происходит в основном за счет признания ошибочного характера мышления, принятия на себя ответственности за исправление себя. «Когнитивная уязвимость» относится к структуре личности	Изменение личности происходит интегративно по схеме «ABCDE»
Теоретические предпосылки	Достижения формальной и диалектической логики. Негативное отношение к суггестии	Теория эмоциональных нарушений, когнитивная модель депрессии. Негативное отношение к <i>психоанализу</i>	Рациональная психотерапия Дьюба, работы Дежерина и Гоклера, посвященные значимости чувства
Понятийный аппарат	Традиционный медицинский, психологический философский	Преобладают психологические понятия	Преобладают психологические понятия
Показания	Пациенты «мыслительного типа», ипохондрический невроз, невроз навязчивых состояний, психосоматические заболевания, различные фобии, ятрогении	Пациенты со склонностью к интроспекции, к анализу своих мыслей, депрессивные пациенты с генерализованными эмоциональными расстройствами	Пациенты, имеющие достаточно хорошие проявления интеллекта с развитой речевой компонентой с отсутствием хронических психических заболеваний
Формы проведения	Предпочтительнее индивидуальная, чем групповая	Индивидуальная	Индивидуальная, групповая, самопомощь

Р. п. представляет собой интегративный метод психотерапии, в первую очередь ориентированный на нозологический подход к заболеванию и имеющий достаточно широкий круг показаний к своему применению. Рационально-эмоциональная психотерапия и когнитивная — когнитивно-поведенческая психотерапия — по своей сути являются вариантами метода Р. п. Такая точка зрения обусловлена более системным и широким арсеналом психотерапевтического воздействия Р. п. по сравнению с когнитивной и рационально-эмоциональной психотерапией, а также единым теоретическим подходом к цели психотерапевтического лечения. Кроме того, в идеи Р. п. заложено значение диалектической логики, что является более перспективным, чем использование только достижений формальной логики. Необходимо, чтобы психотерапевт, работающий в системе методов Р. п., хорошо представлял себе достижения логики, владел современной теорией аргументации. Следует отметить трудности опровержения так называемых контекстуальных аргументов пациентов (аргументы к традициям и авторитетам, к интуиции и вере, к здравому смыслу), т. е. тех аргументов, для опровержения которых необходимы специальные знания логики. Р. п. имеет некоторые общие моменты и с методом нейролингвистического программирования, что является естественным, поскольку мышление и язык практически неотделимы друг от друга, в своем терапевтическом подходе эти методы отличаются лишь различной степенью и значением суггестии, а также нейропсихологическим аспектом нейролингвистического программирования.

Сегодня необходимо возвратиться к понятию Р. п. и пересмотреть с современных позиций гипотезы ее основоположников. В то же время, с учетом накопленных знаний в области философии, можно резче очертить круг задач, которые могут быть решены с помощью Р. п. Недостаточно декларативно говорить о необходимости использования при Р. п. законов формальной и диалектической логики, важно применять их на практике. Так, в частности, ясно, что не может быть строго ограниченного количества формулировок иррациональных мыслей, что не могут быть ошибками в рассуждениях только ошибки формальной логики. Можно проиллюстрировать вышесказанное следующим микротестом, включающим в себя вопрос: к какому типу иррациональных идей с позиций когнитивной психотерапии относятся такие мысли пациента, как: «Мои переживания уникальны и неповторимы», «Мои проблемы носят случайный характер». Как видим, в обоих суждениях нарушены взаимосвязи между категориями диалектики (единичное и общее, необходимое и случайное). С позиций диалектической логики гораздо легче устранить данные иллогизмы, чем в рамках формальной логики. Как мы обучаем пациента распознавать иррациональные мысли, точно так же мы можем обучить пациента находить в своих рассуждениях, как призывал Дюбуа, ошибки диалектической логики. Представляется, что врач, работающий в системе Р. п., должен обращать внимание не только на форму иррациональных суждений, а классифицировать их так же, как классифицируются умозаключения в логике, различать описания от оценочных суждений (не выводя заключения вторых из первых), учитывая особенности мышления своих пациентов (образное или абстрактное).

К достижениям Р. п. в области медицины можно отнести такие диалектические психотерапевтические приемы, которые уточняют медицинские понятия («функциональное» — обратимое, преходящее и «органическое» — стойкое, «динамика выздоровления» и т. д.). Работая в ключе Р. п., можно начинать, пользуясь принципами клинической семиотики, — восходя от симптома к синдрому и далее к нозологии (индуктивный метод), с другой стороны, можно, имея определенный тезис, гипотезу о наличии того или иного заболевания, диагностировать и устранять разнообразные расстройства в обратном порядке (дедуктивный метод), наконец, можно, отвергая те или иные расстройства и заболевания (выдвигая антитезис), выйти на интересующие нас психические расстройства, дезадаптирующие больного в окружающей ситуации. Возможности Р. п. далеко не исчерпаны, ее приемы и техники можно совершенствовать. Так, в частности, можно использовать приемы, удлиняющие экспозицию времени размышления пациентов над проблемными ситуациями, дополняя эти приемы техникой *систематической десенсибилизации*. Также представляются перспективными дальнейшие поиски специфических нарушений мышления при различных психических и психосоматических заболеваниях, разработка тех приемов Р. п., которые направлены на коррекцию мышления при каждом конкретном заболевании.

**РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Одно из двух основных направлений *когнитивной психотерапии*, разработанное Эллисом (Ellis A.) в 50-е гг. В последний

период его развитие в виде рационально-эмоционально-поведенческой психотерапии успешно осуществляется Кассиновым (Kassinove G., 1995) и его сотрудниками (Tsytzarev S. V., 1995, и др.).

В Р.-э. п. выделяется 3 ведущих психологических аспекта функционирования человека: мысли (когниции), чувства и поведение. Эллис подчеркивает необходимость дифференцировать 2 типа когниции. Deskриптивные когниции содержат информацию о реальности, о том, что человек воспринял в мире; их можно было бы назвать чистой информацией о реальности. Оценочные когниции отражают отношение к этой реальности; для их обозначения Эллис использовал термин *belief* — убеждение, вера (В). В Р.-э. п. предполагается, что дескриптивные когниции обязательно соединены с оценочными когнициями связями разной степени жесткости. С точки зрения Р.-э. п., не объективные события сами по себе вызывают у нас позитивные или негативные эмоции, а наше внутреннее восприятие их, их оценка. Мы чувствуем то, что думаем по поводу воспринятого. Расстройства в эмоциональной сфере, ряд психопатологических симптомов являются результатом нарушений в когнитивной сфере (таких, как сверхгенерализации, ложные выводы и жесткие установки). Эти нарушения в когнитивной сфере Эллис назвал иррациональными установками (IB). С точки зрения Эллиса, это жесткие связи между дескриптивными и оценочными когнициями типа предписания, требования, обязательного приказа, не имеющего исключений; они носят абсолютистский характер. Поэтому обычно иррациональные установки не соответствуют реальности как по силе, так и по качеству этого предписания. Если иррациональные установки не реализуются, они приводят к длительным, неадекватным ситуациям эмоциям, затрудняют деятельность индивида, мешают достижению целей. У нормально функционирующего человека имеется рациональная система оценочных когниции (RB), которую можно определить как систему гибких связей между дескриптивными и оценочными когнициями. Эта система носит вероятностный характер, выражает скорее пожелание, предпочтение определенного развития событий, поэтому приводит к умеренным эмоциям. Хотя иногда они и могут носить интенсивный характер, однако не захватывают индивида надолго и поэтому не блокируют его деятельность, не препятствуют достижению целей. Возникновение психологических проблем у пациента связано с функционированием иррациональных установок. Однако Р.-э. п. сфокусирована не на генезе иррациональных установок, а на том, что поддерживает и укрепляет их в настоящем. Работа психотерапевта, придерживающегося Р.-э. п., сводится сначала к опознанию иррациональных установок, затем к *конфронтации* с ними и пересмотру их, закреплению функционирования рациональных (гибких) установок. Человек, пересмотревший иррациональные установки, характеризуется адекватностью эмоционального реагирования в плане частоты, интенсивности и длительности негативных его проявлений.

Р.-э. п. показана прежде всего пациентам, способным к интроспекции, анализу своих мыслей. Она предполагает активное участие пациента на всех этапах психотерапии, установление с ним отношений, близких к партнерским. Этому помогает совместное обсуждение возможных целей психотерапии, проблем, которые хотел бы разрешить пациент (обычно это симптомы соматического плана или хронического эмоционального дискомфорта). Начало работы включает информирование пациента о «философии» Р.-э. п. (эмоциональные проблемы вызывают не сами события, а их оценка), о последовательных этапах восприятия события человеком:  $A_o \rightarrow A_c \rightarrow V$  (включающая как RB, так и IB)  $\rightarrow C$ , где  $A_o$  — объективное событие (описанное группой наблюдателей),  $A_c$  — субъективно воспринятое событие (описанное пациентом),  $V$  — система оценки пациента, предопределяющая, какие параметры объективного события будут восприняты и будут значимы,  $C$  — эмоциональные и поведенческие последствия воспринятого события, в том числе и симптоматика.

Deskриптивные когниции, как уже отмечалось, соединены с оценочными когнициями связями разной степени жесткости от исключаяющих какие-либо варианты, протекающих по типу рефлекса, при которых отношение к событию уже предопределено и можно говорить о наличии у пациента иррациональной установки, до многовариантных, когда при принятии решения о действии осуществляется анализ альтернативных вариантов, хотя он может протекать неосознанно, и тогда можно говорить о наличии рациональной установки. Цель Р.-э. п. — перевод пациента в проблемной ситуации с иррациональных установок на рациональные. Работа строится с учетом схемы А, В, С. Первый этап — *кларификация*, прояснение параметров события (А), в том числе параметров наиболее эмоционально затронувших пациента, вызвавших у него неадекватные реакции. Фактически на этом



этапе происходит личностная оценка события. Кларификация позволяет пациенту дифференцировать события, которые могут и не могут быть изменены. При этом цель психотерапии — не поощрение больного к уходу от столкновения с событием, не изменение его (например, переход на новую работу при наличии неразрешимого конфликта с начальником), а *осознание* системы оценочных когний, затрудняющих разрешение этого конфликта, перестройка ее и только после этого — принятие решения об изменении ситуации. В противном случае пациент сохраняет потенциальную уязвимость в сходных ситуациях. Следующий этап — идентификация следствий (С), прежде всего аффективных воздействий события. Цель этого этапа — выявление всего диапазона эмоциональных реакций на событие. Это необходимо, поскольку не все эмоции легко дифференцируются человеком, некоторые подавляются и поэтому не осознаются из-за включения рационализации, проекции, отрицания и некоторых других механизмов защиты. У одних пациентов осознание и *вербализация* испытываемых эмоций затруднены из-за словарного дефицита, у других — из-за поведенческого дефицита (отсутствие в его арсенале поведенческих стереотипов, обычно связанных с умеренным проявлением эмоций; такие пациенты реагируют полярными эмоциями, например или сильной любовью, или полным отвержением). Вторичный выигрыш от болезни также может исказить осознание испытываемых эмоций. Для достижения цели этого этапа используется ряд приемов: наблюдение за экспрессивно-моторными проявлениями при рассказе пациента о событии и предоставление *обратной связи* психотерапевтом, говорящим о своем восприятии характера эмоциональной реакции у пациента; высказывание предположений о чувствах и мыслях у типичного индивида в подобной ситуации (обычно такое высказывание помогает пациенту осознать неосознаваемые эмоции). В некоторых случаях можно использовать приемы усиления из арсенала *гештальт-терапии* (усиление отдельных экспрессивно-моторных проявлений с осознанием языка тела и др.). Выявление системы оценочных когний (как иррациональных, так и рациональных установок) облегчается, если два предшествующих этапа реализованы полноценно; вербализации же их помогает ряд технических приемов: фокусировка на тех мыслях, которые приходили пациенту на ум в момент столкновения с событием; высказывание психотерапевтом гипотетических предположений типа «У меня в такой ситуации возникли бы следующие мысли»; вопросы с проекцией в будущее время, например: «Предположим, что произойдет самое худшее, что же это будет?» и др. Выявлению иррациональных установок помогает анализ используемых пациентом слов. Обычно с иррациональными установками связаны слова, отражающие крайнюю степень эмоциональной вовлеченности пациента (ужасно, потрясающе, невыносимо и др.), имеющие характер обязательного предписания (необходимо, надо, должен, обязан и др.), а также глобальных оценок лица, объекта или события. Эллис выделил 4 наиболее распространенные группы иррациональных установок, создающих проблемы:

- 1) катастрофические установки,
- 2) установки обязательного долженствования,
- 3) установки обязательной реализации своих потребностей,
- 4) глобальные оценочные установки.

Цель этапа реализована, когда в проблемной области выявлены иррациональные (а их может быть несколько) установки, показан характер связи между ними (параллельные, артикуляционные, иерархической зависимости), делающей понятной многокомпонентную реакцию индивида в проблемной ситуации. Выявление рациональных установок также необходимо, поскольку они составляют ту позитивную часть отношения, которая в последующем может быть расширена.

Следующий этап — реконструкция иррациональных установок. К нему следует приступать, если пациент легко идентифицирует иррациональные установки в проблемной ситуации. Реконструкция установок может протекать на когнитивном уровне, на уровне воображения, а также на уровне поведения — прямого действия. Реконструкция на когнитивном уровне включает доказательство пациентом истинности установки, необходимости сохранения ее в данной ситуации. Обычно в процессе такого рода доказательств пациент еще более отчетливо видит негативные последствия сохранения данной установки. Использование приемов вспомогательного моделирования (как бы другие решали эту проблему, какие установки они имели бы при этом) позволяет сформировать на когнитивном уровне новые рациональные установки. При работе на уровне воображения пациент вновь мысленно погружается в психотравмирующую ситуацию. При негативном воображении он должен максимально

полно испытать прежнюю эмоцию, а затем попытаться уменьшить ее уровень, осознать, за счет каких новых установок ему удалось достигнуть этого. Погружение в психотравмирующую ситуацию повторяется неоднократно. Тренировка может считаться эффективно проведенной, если пациент уменьшил интенсивность испытываемых эмоций с помощью нескольких вариантов установок. При позитивном воображении пациент сразу представляет проблемную ситуацию с позитивно окрашенной эмоцией. Реконструкция с помощью прямого действия является подтверждением успешности модификаций установок, проведенных на когнитивном уровне и в воображении. Иногда можно начинать реконструкцию сразу на уровне поведения, при этом работа с пациентом напоминает *систематическую десенсибилизацию* (постепенное приближение к реальной ситуации опасности с осознанием включения иррациональной установки, торможение ее реализации в поведении, перевод своего поведения на другую рациональную установку). Техника моделирования, демонстрация другим участникам группы различных вариантов поведения в проблемной ситуации существенно ускоряет модификацию установок. Реже прямые действия реализуются по типу *методик наводнения* или парадоксальной интенции (см. *Парадоксальная интенция Франкла*).

Важным этапом Р.-э. п. являются самостоятельные задания, способствующие закреплению адаптивного поведения. Они также могут проводиться на когнитивном уровне, в воображении или на уровне прямых действий. Эффективность психотерапии оценивается с учетом всей информации о продвижении пациента в терапевтическом направлении.

Сравнение Р.-э. п. и когнитивной психотерапии показывает близость их теоретических позиций и используемых приемов, однако Р.-э. п. в целом отличается большей структурированностью теоретических понятий и этапов последовательной работы с пациентом.

**РЕБЕФИНГ ОРА.** Движение «Свободное дыхание» зародилось в 70-х гг. (ориентировочно в 1975 г.) и обязано своим появлением трудам Грофа (Grof S.) и Ора (Orr L.), которые независимо друг от друга разработали техники, имеющие много общего и во многом разные.

Оба метода основаны на индукции измененного (необычного, но физиологичного) состояния сознания. В реальной жизни источниками измененного сознания являются стрессы, особый сексуальный опыт, роды, сон (сновидения). В некотором смысле это состояние естественно для новорожденных и детей раннего возраста (отсюда и физиологичность измененного сознания). В этих случаях человек может испытывать необычные состояния, которые кратковременны и не нуждаются во вмешательстве психиатров, так как они физиологичны.

Способов индукции измененного состояния сознания много, но, независимо друг от друга, Гроф и Ор остановились на гипервентиляции. Их методики значительно разнятся прежде всего из-за различной ее глубины. Сходным же является использование принципа связного дыхания для достижения измененного состояния сознания и, в какой-то мере, результаты.

Ор назвал свою технику ребефинг (от английского rebirthing — возрождение). Несколько лет работы по изучению феномена связного дыхания привели к созданию первого центра ребефинга. Тип дыхания, используемый при ребефинге, можно описать следующими параметрами: это дыхание без паузы между вдохом и выдохом; с быстрым, частым и глубоким, активным вдохом и мягким, полностью расслабленным, пассивным выдохом.

Ребефинг, по замыслу его автора, предназначался для разрешения последствий родовых травм. Ор относил к ним: 1) стресс рождения (болевого, связанный непосредственно с процессом рождения, и психологический, обусловленный отношением родителей, матери к ожидаемому ребенку — желанный или нежеланный и др.); 2) энергетические следствия (биоэнергетические нарушения); 3) раздробленность сознания (восприятие окружающего не как единого целого, а как имеющего две независимо существующие составные части, положительную и отрицательную), и отсюда, как следствие, — сужение, ограничение выбора суждений, т. е. оценка явлений, событий только как плохих или только как хороших); 4) болезни (как результат формирования комплексов, впоследствии запускающих какое-то заболевание); 5) психологические нарушения (страхи, тревога и т. д.), которые тоже базируются, берут свое начало от комплексов, играющих значительную роль в психическом формировании детей нервных, чувствительных, раздражительных и т. д.

Процессы ребефинга прошли многие люди, среди них были и те, кто продолжил развитие методики Ора и значительно расширил сферу ее применения. Среди них, например, Рей (Ray S.),

разработавшая тренинг любящих отношений. Необходимо особо выделить Леонарда (Leonard J.), который ввел в теорию и практику пять элементов свободного дыхания и понятие интеграции, на основе которых им была создана в 1979 г. техника «вайвейшн». Эта техника позволила настолько расширить применение ребефинга, что трудно назвать психологические ситуации, в которых она не может быть использована.

В 1989 г. была создана Международная ассоциация свободного дыхания.

**РЕЛАКСАЦИЯ** (от лат. *relaxatio* — расслабление). Термином Р. обозначается состояние бодрствования, характеризующееся пониженной психофизиологической активностью, которое ощущается либо во всем организме, либо в любой его системе (Everly G. S., Rosenfeld R., 1985). Чаще всего используются такие методы аутогенной (самостоятельно вызываемой) Р., как *нервно-мышечная Р., аутогенная тренировка, медитация, контроль дыхания* и различные формы *биологической обратной связи*.

Поведенческие аутогенные методы Р. широко практиковались в восточных культурах. На Западе эти методики стали изучаться и использоваться относительно недавно.

Применение поведенческих релаксационных методик оказалось эффективным при устранении стресса и его клинических проявлений. Последовательное овладение пациентом общими навыками Р. имеет терапевтическое значение при стрессовых состояниях по нескольким причинам.

1. Р. может вызвать на определенное время трофотропное состояние. Последнее характеризуется общим понижением психофизиологической активности, его можно назвать гипометаболическим состоянием бодрствования. Это состояние общей Р. опосредовано парасимпатической нервной системой. Глубокая Р. обладает терапевтическим эффектом вследствие того, что она: а) является с физиологической точки зрения полной противоположностью симпатической стрессовой реакции; б) способствует, по-видимому, нормализации психофизиологического функционирования организма.

2. Постоянное практическое применение (1-2 раза в день в течение нескольких месяцев) этих методов может привести к понижению активности лимбической и гипоталамической областей. Этим можно объяснить то, что пациенты, занимающиеся Р. в течение нескольких месяцев, сообщают об уменьшении у них общей тревожности, что является своего рода профилактической антистрессовой тенденцией. На клиническом уровне это означает снижение предрасположенности испытывать чрезмерное психологическое и физиологическое возбуждение в стрессовой ситуации.

3. Часто отмечаются сдвиги в структуре личности пациентов, использующих релаксационные методы в течение продолжительного времени. Согласно научным данным, эти сдвиги способствуют укреплению психического здоровья. Самым заметным является повышение степени интернальности в поведении, развитие более адекватной самооценки. Хотя результаты этих исследований имеют предварительный характер, они представляют интерес для психотерапии, а также для охраны психического здоровья.

Большое влияние на исход лечения оказывают индивидуальные особенности пациентов. Наиболее перспективной областью исследований в плане поиска специфических переменных, которые могли бы рассматриваться в качестве предикторов эффективности Р., является изучение структуры личности, однако общепризнанных результатов пока не было получено. Отдельные релаксационные методы пригодны не для всех пациентов. Отбор методик может проводиться на основе теоретических и практических знаний психотерапевта, а также информации, полученной от пациента. Еще до начала психотерапии можно обеспечить пациенту возможность выбора предпочтительной для него методики путем простого метода проб и ошибок.

До последнего времени считалось, что Р. представляет собой совершенно безопасную форму терапевтического вмешательства. Однако по мере роста популярности этих методов был установлен ряд негативных побочных эффектов. Обобщив научные исследования и клинические наблюдения, Эверли и Розенфельд (1985) описывают пять основных типов побочных эффектов, которые могут возникнуть при обучении поведенческой Р.

1. Утрата контакта с реальностью. Этот тип нарушения характеризуется развитием острых галлюцинаторных состояний (как слуховых, так и зрительных) и бреда (обычно параноидного типа). Могут возникать также деперсонализация и необычные соматические ощущения. Поэтому больным с аффективными психозами или психозами с нарушениями мышления не рекомендуется использовать

методики, вызывающие глубокую Р. Необходимо также уделять особое внимание пациентам, склонным к чрезмерному фантазированию, так как глубокая Р. может обострить их состояние.

2. Реакции на лекарственные препараты. Индуцирование у пациента трофотропного состояния может усилить действие любого лекарственного препарата или другого химического вещества. Особое внимание надо обращать на больных, принимающих инсулин, седативно-снотворные или сердечно-сосудистые препараты. В таких случаях систематическое применение Р. может в конечном счете привести к устойчивому снижению доз принимаемых препаратов.

3. Панические состояния. Панические реакции характеризуются высоким уровнем тревоги, связанной с ослаблением поведенческого контроля при Р., проявляются в частичной утрате чувства безопасности, а в некоторых случаях и в появлении сексуально окрашенных эмоций. При работе с такими пациентами желательно использовать конкретный релаксационный метод (например, нервно-мышечную релаксацию или биообратную связь), а не более абстрактный подход (такой, как медитация).

4. Преждевременное высвобождение вытесненных представлений. Нередко в состоянии выраженной Р. в сознание пациента проникают глубоко вытесненные мысли и эмоции. Хотя в некоторых психотерапевтических школах такие реакции рассматриваются как желательные, они могут быть восприняты пациентом как носящие деструктивный характер, будучи неожиданными или слишком интенсивными для того, чтобы конструктивно работать с ними на данном этапе терапевтического процесса. Прежде чем применять релаксационные методики, психотерапевт может проинформировать пациента о возможности появления таких представлений. Он также должен быть готов оказать помощь пациенту, если подобные явления возникнут.

5. Чрезмерное трофотропное состояние. В некоторых случаях применение релаксационных методов в терапевтических целях может вызывать чрезмерное снижение уровня психофизиологического функционирования пациента. В результате этого могут наблюдаться следующие феномены. 1) Состояние временной гипотензии. Прежде чем применять релаксационные методики, психотерапевту следует знать, каково артериальное давление пациента в состоянии покоя; если оно ниже 90/50 мм рт. ст., должны быть приняты меры предосторожности. Головокружение и обморок можно предотвратить, если предложить пациенту открыть глаза, потянуться и оглядеть комнату при первых признаках головокружения. Необходимо также попросить его подождать 1-3 минуты, прежде чем вставать после сеанса Р. 2) Состояние временной гипогликемии. Глубокая Р. оказывает на некоторых людей инсулиноподобное действие и может вызвать у них гипогликемическое состояние, если пациент предрасположен к реакции такого рода или если он не поел в этот день как следует. Это состояние может продолжаться до тех пор, пока пациент не примет пищу.

Методы Р. широко используются ввиду их эффективности и кажущейся простоты применения. Хотя нежелательные побочные эффекты наблюдаются редко, эти методы не являются абсолютно безопасными. Поэтому психотерапевту следует со всей ответственностью подходить к их применению. Это означает, что он должен быть осведомлен о мерах предосторожности и возможных нежелательных побочных эффектах. Работа Луте (Luthe W., 1969) представляет собой исчерпывающую трактовку этого вопроса.

**РЕФЛЕКСИВНОЕ СЛУШАНИЕ** (reflective listening). По своему содержанию Р. с. включает способность реагирования на другого человека возникновением *эмпатии*. Роджерсом (Rogers C. R.) и другими авторами эмпатия рассматривается как важный элемент психотерапевтического взаимодействия, как сложнейший способ восприятия того, что один человек находится рядом с другим, как человеческая способность, базирующаяся на наиболее поздно вовлекаемой части мозга и действующая как сила, уравнивающая выраженные эгоцентрические стремления. Подход к изучению эмпатии основывается на анализе или учете вербальной экспрессии, и нет прямого способа измерения того, насколько глубоко человек чувствует переживания другого. При всей важности возникающих при этом телесных ощущений они, однако, трудноизмеримы. Отмечено некоторое сходство между эмпатическими взаимоотношениями и теми состояниями, которые возникают во время *медитации*. Роджерс приводит свидетельства того, что способность к эмпатии не связана с профессиональной академической или практической подготовкой.

Р. с. изучалось и преподавалось не только в контексте психотерапии. Родители обучались этому как средству поддержания открытых и доверительных отношений с собственными детьми. Отмечено,

что у более эмпатичного учителя студенты в большей степени вовлечены в учебный процесс. Слушание всегда включает в себя переживание особого отношения к говорящему, принятие того содержания, которое пытается постичь, осознать говорящий. Слушающий поддерживает говорящего в его стремлении со всех сторон рассмотреть, проанализировать ситуацию и принять решение, но сам при этом не торопится с советами и предложениями, как и что сделать в определенных положениях и ситуациях. Как неоднократно высказывался Роджерс, слушающий не диагностирует и не оценивает. Цель Р. с. — находиться в мире чувств другого, а не вовлекать его в свой собственный мир. Иными словами, это такой способ пребывания с другим человеком, который приносит пользу последнему. В чем она заключается? Предполагается, что чувства и мысли говорящего в процессе слушания могут изменяться таким образом, что он сможет решить свои проблемы, пережить *инсайт*, снять внутренне напряжение, найти ответы на свои вопросы и преодолеть собственную противоречивость.

Концепция изменения личности Гендлина (Gendlin E. T.) дает определенную основу для таких ожиданий и предположений и разъясняет характер процесса слушания подобного рода. Его работы проливают свет на «объект» слушания, но не на то, что именно прослушал индивид, а на природу тех личностных процессов, которые стимулируются подобным способом. Согласно Гендлину, «*bodily felt sense*» (телесное чувствование) является основным материалом личности. Это телесное чувствование является более полным, чем то, что человек воспринимает сознательно. Оно включает в себя все то, что ощущает человек в данный момент, даже если это неясно и сублимировано. «*Bodily felt sense*» говорящего является постоянно изменяющимся, а не статичным объектом, которому внимает слушающий. Р. с. включает перспективу взаимодействия, позволяющего другому собеседнику испытать и почувствовать свою способность решать проблемы, идентифицируя собственную часть вклада, вносимую им в создание межличностных трудностей, укрепляя при этом самоуважение и не преуменьшая значения собственных переживаний и потребностей. Взаимоотношения, которые включают компоненты оценки, диагностики и совета, продуцируют, как правило, противоположный эффект, т. е. останавливают описанные выше процессы. Работы Гендлина содержат гипотезу, согласно которой слушающий помогает другому в личностном плане, позволяет эмоционально раскрыться в сторону приобретения дальнейшего внутреннего опыта и таким образом стимулирует процессы изменения, а не фиксации опыта.

Термин «Р. с.» является не самой удачной метафорой, поскольку в полной мере не описывает процесса понимания и вхождения в контакт с другим человеком. Если в процессе взаимодействия возникает эмпатия, то это следует рассматривать в качестве события, в центре которого находится зарождение интимных взаимоотношений.

**РЕФРЕЙМИНГ.** Название группы методик *нейролингвистического программирования*, предложенных основоположниками этой психотехнологии Гриндером (Grinder J.) и Бендлером (Bandler R.), образовано от английского слова *frame* (переформирование) и отражает психологические цели методики — изменение отношения.

Предположение о психотерапевтическом эффекте Р. строится на гипотезе субъективности отношения человека к событиям окружающего мира, симптоматике, поведению людей. Любое происходящее событие многоаспектно и предполагает множественность описания с разных точек зрения (понятие точки зрения в нейролингвистическом программировании понимается дословно, как и большинство терминов, предложенных для описания психологического состояния человека; разница в отношении к событию может быть обусловлена видением его с точки зрения пациента, его партнера по конфликту, сторонних наблюдателей происходящего). Многоаспектность действительности предполагает рассмотрение любого факта под таким углом зрения, что ранее неблагоприятное воздействие приобретает благоприятное значение (становится ресурсным для личности, на языке нейролингвистического программирования. Страх, например, как симптом является неблагоприятным проявлением, но его положительное влияние заключается в том, что он препятствует нежелательному поведению к тем самым способствует физической или социальной безопасности. В определенной мере Р. обеспечивает нахождение позитивного смысла любых событий и согласуется с концепцией *позитивной психотерапии по Н. Пезешкиану и Х. Пезешкиану*.

Выделяется несколько вариантов Р., число их все время увеличивается, что объясняется авторами концепции нейролингвистического программирования необходимостью постоянного

пополнения методического арсенала вследствие «гибели методик» — снижения эффективности при частом использовании на определенной территории, а также непрерывным совершенствованием нейролингвистического программирования за счет изучения алгоритмов успешных действий психотерапевтов-профессионалов и стратегий по решению задач. К вариантам Р. относятся: Р. содержания (описанный в двух основных видах — Р. смысла и Р. контекста), шестишаговый Р., Р. переговоров, семишаговый Р. (вариант шестишагового Р., проводящийся в трансовом состоянии) и др. Большинство перечисленных видов Р. предполагают два основных способа поведения. При первом из них, процедурном, психотерапевтические занятия проводятся как процедура Р. с четкой поэтапной (пошаговой, на языке нейролингвистического программирования) структурой и фиксацией каждого шага. Второй вариант предполагает маскировку техники под обычную *психотерапевтическую беседу*, которая для пациента выглядит как последовательная постановка вопросов психотерапевтом.

Р. содержания — единственный вариант этого класса методик, для эффективного проведения которого требуется понимание содержания заявленной проблемы. Примером Р. содержания (Р. смысла) может служить занятие, описанное Сатир (Satir V.). Проблема пациентки-домохозяйки заключалась в переживаниях по поводу следов на ковре в гостиной. Увидев их, пациентка сердилась на близких. Предположение психотерапевта о возможности проведения процедуры Р. содержания строилось на том, что больная видела только негативную сторону события: следы на ковре означали (имели смысл), что она плохо справляется с домашними обязанностями; пациентка не замечала, однако, более важного для нее позитивного значения следов на ковре. Техника проведения была построена следующим образом. После повторной жалобы на неприятные переживания по поводу следов на ковре пациентке было предложено представить, что ковер гладкий и чистый, а после радостного сообщения женщины об улучшении состояния последовала такая фраза: «И подумайте, что это значит, — это значит, что ВЫ СОВЕРШЕННО ОДНА». Эффект в данном примере был обусловлен нахождением и сообщением пациентке другого, более значимого, позитивного смысла ее прошлых переживаний. Раньше реальное событие (в данном примере следы на ковре) имело смысл — «Я плохая хозяйка», после процедуры Р. стало означать — «Я имею близких, которые меня любят». Авторы методики подчеркивают, что нахождение позитивного смысла не является логическим процессом и имеет только индивидуальное значение для конкретного человека, в связи с чем Р. в определенном смысле может быть описан как своеобразные техники директивного *внушения* нового индивидуального смысла событий. Подтверждением этой точки зрения является и требование авторов об обязательном условии эффективного проведения подобных процедур при особом состоянии сознания пациентов — транс с наличием *раппорта*. Показателем эффективности Р. содержания является фрейм-реакция, описываемая как резкое изменение эмоционального состояния в сторону улучшения (при позитивном Р. содержания) или ухудшения настроения (при негативном Р. содержания, проводимом с целью *осознания* пациентом возможных негативных последствий его поведения, подтвержденное изменением невербального поведения).

Р. переформирования поведения (шестишаговый рефрейминг) является основной моделью решения невротических проблем. Процедура переформирования строится на гипотезе возможного разведения в сознании пациента негативного и позитивного смысла невротического поведения. После осознания позитивного смысла невротического симптома «части личности», ответственной за позитивное поведение, предлагается другой способ действий из числа новых вариантов поведения, «более эффективных», чем симптом, и не имеющих неприятного эмоционального компонента. Условием эффективного проведения процедуры шестишагового Р. является создание специфического контекста терапевтической беседы. На этапе формирования контекста (пресубпозиции, на языке нейролингвистического программирования) пациенту по существу навязывается точка зрения о позитивном значении всех функций организма. В некоторых случаях этот этап психотерапии занимает в несколько раз больше времени, чем сама пошаговая техника. Речь идет об искреннем признании пациентом того факта, что невротический симптом может иметь определенное позитивное значение и является основой терапевтического эффекта этого варианта Р. С целью облегчения осознания и преодоления эффекта *психологической защиты* вводится допущение, что позитивное намерение невротического поведения формируется не самим пациентом, а «частью его личности», ответственной за какую-либо функцию в организме. Такое понимание причин невротического поведения позволяет

получить два дополнительных терапевтических эффекта. С одной стороны, происходит дистанцирование от выгоды невротического поведения, так или иначе частично осознаваемое пациентом, а с другой — снижается интенсивность мотивационной *конфронтации* с симптоматикой, что предполагает вариант преодоления локального невротического конфликта. Пресуппозиция начинается с поиска позитивного намерения различных функций организма, в некоторых случаях делается упор на выявление позитивного намерения социально отвергаемого поведения. Фокусом выявления этого намерения может быть боль в различных ситуациях, страх и пр.

На втором этапе, после создания необходимого интенсивного контекста психотерапевтической встречи, проводится процедура Р.

К числу терапевтических эффектов при использовании этой методики относятся активизация личности самого пациента для поиска альтернатив невротическому поведению, создание их когнитивных моделей, актуализация творческой составляющей личности по преодолению болезненных проявлений, переход от безуспешной борьбы с симптоматикой к осознанному построению индивидуального плана преодоления симптомов. По сути дела, в приведенной модели задействуются все основные стороны личности: когнитивная — понимание вторичной выгоды симптоматики; эмоциональная — снижение эмоционального напряжения и формирование уверенности в выздоровлении за счет ощущения управляемости своим состоянием; поведенческая — формирование модели будущего альтернативного поведения. При этом методика является достаточно компактной и, как правило, проводится в одну сессию.

К недостаткам Р. можно отнести схематичность и сложность исполнения. Сравнение процедур Р. и некоторых технических приемов позитивной психотерапии позволяет говорить об их генетической близости, а ориентация на формирование поведенческих альтернатив — о сходстве Р. с *поведенческой психотерапией*. Следует также отметить, что психотерапевтический подход, аналогичный Р., был известен до нейролингвистического программирования (Эриксон (Erickson M. H.)) и др.

**РЕЦИПРОКНОЕ ТОРМОЖЕНИЕ ПО ВОЛЬПЕ.** В 1950 г. Вольпе (Wolpe J.) сформулировал положение о том, что состояние тревоги представляет собой поведенческий стереотип, определяемый закрепившимися реакциями на ситуации, вызывающие тревогу. Связь между анксиогенным стимулом и рефлекторной тревожной реакцией может быть ослаблена, если одновременно с ним действует фактор, тормозящий тревогу, как, например, мышечное расслабление. Этот принцип Вольпе назвал реципрокным торможением, или противокондиционированием. Он лег в основу предложенного им метода систематической десенсилизации. В ходе терапии пациент вводится в ряд представляемых им индивидуально-типических анксиогенных ситуаций, ранжированных по нарастанию вызываемой ими тревоги. Одновременно с помощью транквилизаторов, *гипноза* или *аутогенной тренировки* вызывается мышечное расслабление, снижающее тревожную реакцию. Больной переходит к более сложным ситуациям по мере того, как в предшествующих закрепляется отсутствие привычной тревоги. В результате лечения больной овладевает навыком самостоятельного контроля над анксиогенными ситуациями в реальной жизни с помощью освоенной им техники мышечного расслабления.

См. также *Систематическая десенсибилизация*.

**РЕШЕНИЕ-ФОКУСИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Традиционные подходы к решению проблем человеческого взаимодействия основаны на идее, что попытке их разрешения должен предшествовать анализ. Риск проблемно-фокусированного подхода в том, что он создает конфликт между людьми. Это происходит потому, что анализ проблем почти неизбежно продуцирует объяснения, которыми пытаются точно установить ответственность. Такие объяснения почти всегда воспринимаются как неоправданные обвинения. Переживая их, люди защищаются, пытаются ретироваться или свалить вину на кого-либо еще.

Получающаяся в результате атмосфера подавляет сотрудничество между людьми, наносит ущерб творчеству и уменьшает энергию и энтузиазм, полезные для осуществления текущей психотерапевтической работы.

Р.-ф. п. (solution focused therapy) первоначально разработана Шезером (De Shazer S.) и Берг (Berg I. K.) в 80-х гг. в Центре краткосрочной семейной психотерапии в Милуоки (Висконсин, США). Ориентация на решение — систематический метод помочь людям направить свою энергию к созданию целей и изобретению средств их достижения. В противном случае их энергия может быть

израсходована на анализирование проблем. Ориентация на решение фокусируется на том, что работает, а не на том, что не работает. Акцент скорее на будущем, чем на прошлом, скорее на ресурсах и способностях, чем на проблемах, и скорее на успехах, чем на неудачах. Это подход, который передает уважение и увеличивает сотрудничество и творчество. Ориентация на решение порождает настроение, которое благоприятствует позитивному развитию и поощряет обнаружение решений.

**Таблица 10.**

Фокус на проблемах	Фокус на решениях
Определение проблем	Прояснение целей
Исследование прошлых неудач	Исследование прошлых успехов
Осознание недавнего ухудшения	Осознание недавнего улучшения
Объяснение проблем	Объяснение прогресса
Точное указание слабых сторон и недостатков	Точное указание сильных сторон и ресурсов
Обвинение людей, которые воспринимаются как ответственные за проблему	Признание людей, которые воспринимаются как способствующие решению

В нашей стране наиболее близким психотерапевтическим подходом является *краткосрочная позитивная психотерапия* (консультирование, ориентированное на решение). Р.-ф. п. и краткосрочная позитивная психотерапия совпадают по целому ряду принципиальных мировоззренческих позиций, но последняя является более поздним подходом с рядом дополнений и отличий.

В течение двух последних десятилетий метод обнаружил свою полезность во многих областях человеческих коммуникаций, включая образование, спорт, бизнес и организационное развитие (см. *Ритиминг*). Это в значительной мере больше, чем просто метод помощи людям. Ориентация на решение — способ создания и усиления сотрудничества в осуществлении желаемого изменения.

**РИТИМИНГ** (reteaming) представляет собой серию решениеориентированных программ, предназначенных помочь людям решить свои проблемы, улучшить качество жизни и достичь определенных целей. Эти программы основываются на решениеориентированной концепции изменения и отвечают идее, что изменение — не только психологическое, но и социальное явление (см. *Краткосрочная позитивная психотерапия, Решениефокусированная психотерапия*).

Различные программы Р. разработали и усовершенствовали психиатр Фурман (Furman В.) и социальный психолог Ахола (Ahola Т.) в Институте краткосрочной психотерапии в Хельсинки, Финляндия. Термин «Р.» первоначально возник, чтобы говорить о программе подготовки реорганизованных и вновь сформированных команд в ряде ведущих компаний Финляндии, где происходили большие организационные изменения. Последующий опыт работы показал, что Р. может применяться и более широко.

В настоящее время существуют следующие программы Р.:

- 1) ориентированное на цель создание команды и программа организационного развития;
- 2) личный Р. (Personal Development), партнерская решениеориентированная программа личностного развития;
- 3) Р. с детьми (Kids Can Do), обучающая и веселая программа помощи детям в решении поведенческих проблем;
- 4) Р. с супружескими парами и семьями (ReFamilying), программа улучшения взаимоотношений и функционирования семьи;
- 5) возможная жизненная цель (Mission Possible), программа для молодежи и для тех, кто молод душой.

Процедура Р. состоит из последовательности заданий, выполняемых как под руководством психотерапевта, так и самостоятельно. В части программ важным элементом Р. является хорошо оформленная рабочая тетрадь с последовательными заданиями, четкими инструкциями и заранее подготовленными местами для их выполнения. Р. — решениеориентированный процесс, который проходит через четыре различные фазы: кристаллизация целей, создание возможности (поиск и



определение ресурсов), содействие позитивному развитию. В начальной фазе программы согласовывается направление действий и усиливается мотивация к ее достижению. Затем цель максимально конкретизируется и описываются подробные промежуточные шаги. Во второй фазе создается возможность позитивного продвижения к избранной цели. Для этого оцениваются сильные стороны личности, определяются доступные внешние ресурсы и собираются практические идеи о том, что для этого может быть сделано. В третьей фазе предпринимаются конкретные шаги, которые способствуют позитивному продвижению по направлению к избранной цели. Уделяется активное внимание событиям и эпизодам, которые служат признаком терапевтического прогресса. Четвертая фаза Р. посвящена усилению полученных результатов.

Во время этой фазы производится смотр позитивных изменений и признается вклад других людей. Резюмируется любое полезное понимание, приобретенное во время Р.-процесса, и обсуждается план дальнейших действий. Возможно повторение части цикла.

**РОДЖЕРС** Карл Рэнсом (Rogers C. R., 1902-1987). Получил образование в Университете Висконсина (1924), Теологической семинарии и Колумбийском университете; степень магистра присвоена в 1928 г., доктора — в 1931 г. Создал психотерапевтическую систему, уступающую по популярности только *психоанализу Фрейда* (Freud S.). Его метод психотерапии, называемый по-разному: недирективное консультирование, недирективная психотерапия, *клиент-центрированная психотерапия*, личностно-центрированная психотерапия, широко используется психотерапевтами в Америке и Европе.

Для метода Р. характерен неавторитарный подход к пациенту, которого он называет клиентом, подчеркивая его равенство с психотерапевтом.

Психотерапевтический метод Р. концентрируется на субъективном или феноменологическом опыте пациента. Р. считал, что люди обладают тенденцией к *самоактуализации*, которая способствует здоровью и росту. Психотерапевт действует как помощник в устранении эмоциональных блоков или препятствий к росту и способствует большей зрелости и усвоению нового опыта. С устранением препятствий высвобождаются силы роста и открывается путь для самолечения.

Р. начал свою карьеру в Институте детского воспитания в Нью-Йорке в 1927 г. Через год поступил на кафедру изучения детей Общества по предотвращению жестокого обращения с детьми в Рочестере, штат Нью-Йорк. С 1940 г. — профессор психологии в Университете штата Огайо. Работая там, привлек внимание к своей системе, особенно после издания в 1942 г. книги «Консультирование и психотерапия: новые концепции в практике». С 1945 г. в Чикагском университете был исполнительным секретарем в консультационном центре. После Чикаго Р. возвратился в свою alma mater — Университет Висконсина. В 50-х гг. известность Р. растет. В 1951 г. он издает книгу «Клиент-центрированная терапия: современная практика, смысл и теория», а через 10 лет — следующую: «Становясь личностью: взгляд терапевта на психотерапию».

Р. занимал пост президента Национального исследовательского совета Американской психиатрической ассоциации и президента Американской психотерапевтической академии. С 1966 г. Р. работал в Центре по исследованию человека, в создании которого принимал участие.

**РОЛЬ ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.** В соответствии с современной концепцией организации психотерапевтической помощи в здравоохранении врач-психотерапевт — это специалист с высшим медицинским образованием, прошедший подготовку по психиатрии и психотерапии. Признание необходимости двойной подготовки врачей-психотерапевтов знаменует собой окончание научной дискуссии, которая развернулась в отечественной медицине в 1990-1995 гг. о роли и месте психотерапии как самостоятельной области медицины в ряду других дисциплин и ее взаимоотношениях с психиатрией. Опыт организации психотерапевтической помощи в различных регионах России показал, что в условиях территориально организованного здравоохранения, ориентированного на профилактику, оптимальной является деятельность врача-психотерапевта, который для определенной группы пациентов является лечащим врачом, т. е. полностью отвечает за весь комплекс лечебно-диагностических и профилактических мероприятий (Назыров Р. К.). Такое понимание специальности врача-психотерапевта обусловлено рядом обстоятельств. Во-первых, сама логика и история развития психотерапии, выделение психологических механизмов в качестве ведущих при ряде пограничных форм патологии убедительно

свидетельствуют о целостности психотерапевтического подхода и его самодостаточности для лечения группы непсихотических психических расстройств. С другой стороны, одним из известных последствий введения в деятельность Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2. 07. 92 № 3185-1 явилось значительное перераспределение контингентов людей, страдающих психическими расстройствами и обращающихся за помощью в психоневрологический диспансер и *психотерапевтический кабинет* территориальной поликлиники. Если раньше большинство психоневрологических диспансеров в равной мере оказывало помощь пациентам, по своему состоянию принадлежавших к «большой» и «малой» психиатрии, то в настоящее время численность так называемой консультативной группы больных, наблюдаемых участковым психиатром, уменьшается за счет более частого их обращения в психотерапевтические кабинеты поликлиник, медсанчастей и других лечебно-профилактических учреждений. Врач-психотерапевт — это специалист, сочетающий в лечении пациентов методы психотерапии и фармакотерапии. Психотерапия сегодня является самостоятельной медицинской специальностью, генетически связанной с психиатрией. Врач-психотерапевт должен проводить патогенетически, клинически и психологически обоснованное лечение широкого круга пациентов, обратившихся за психотерапевтической помощью. Это понимание специальности, в частности, исключает еще недавнюю практику, когда врач-психотерапевт мог специализироваться на каком-либо одном методе, например *гипнотерапии* (при этом имели место случаи обращения подобных психотерапевтов в органы управления здравоохранением с предложением утвердить в номенклатуре врачебных специальностей особую специальность «врача-гипнотизера»). Если учесть, что врач-психотерапевт в России отвечает за лечение больных, проживающих на определенной территории (психотерапевтические кабинеты и отделения организуются по территориальному принципу), то представляется естественным, что он должен иметь дело с пациентами с различными заболеваниями. В случае, например, если у пациента диагностируется невротическая реакция, то после установления с ним *психотерапевтического контакта* в его лечении может быть обоснованное применение симптомо-ориентированных методов, таких как классическая гипнотерапия, *эриксоновский гипноз*, *нейролингвистическое программирование*, *поведенческая психотерапия*, *психосинтез* и др. Для группы пациентов с затяжными формами неврозов, при наличии «сплава» клинических и личностных проявлений, более показанным будет включение в индивидуальную психотерапевтическую программу личностно-ориентированных методов — например, личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, различных видов динамической психотерапии, методов экзистенциально-гуманистической направленности (*клиент-центрированной психотерапии*, *гештальт-терапии* и др.). В поликлинику могут обратиться пациенты по поводу невротического развития, для лечения которых в комплексе с другими психотерапевтическими методами может быть применена социоориентированная психотерапия (семейная, групповая, *поведенческий тренинг*). Для пациентов с изменениями личности вследствие перенесенного органического или психического заболевания в первую очередь показана клинически обоснованная *суппортивная психотерапия*. Естественно также обращение к врачу-психотерапевту пациентов различных возрастных групп (детей, подростков, лиц среднего и пожилого возраста), в лечении которых необходимо использовать специальные варианты *групповой психотерапии*. Пациенты могут иметь различный уровень образования, различные культурные особенности, и тогда индивидуальная психотерапевтическая программа строится с учетом и этих факторов. Например, при недостаточно высоком уровне интеллектуального развития пациента применение динамической или *когнитивной психотерапии* вряд ли целесообразно.

Следовательно, врач-психотерапевт психотерапевтического кабинета должен профессионально владеть таким спектром подходов и методов, которые обеспечат его успешную психотерапевтическую работу со всеми пациентами, обратившимися за этим видом помощи. Это не исключает в дальнейшем специализации врачей-психотерапевтов для использования в большей степени тех или иных методов психотерапии в условиях *психотерапевтического отделения*, *психотерапевтического центра*, специализированных клиник.

В соответствии с этими положениями и проводится додипломная подготовка врача и последипломная подготовка врачей-психотерапевтов.

Положения о враче-психотерапевте, психотерапевтическом кабинете и ряд других документов,

использование которых необходимо для практической организации психотерапевтического процесса, утверждены приказом Минздрава России от 30.10.95 № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи».

Ниже представлены рекомендации по проведению психотерапевтической работы врачами-психотерапевтами в психотерапевтическом кабинете, обслуживающем различные контингенты, а также в других подразделениях — психотерапевтическом отделении и психотерапевтическом центре.

Как показывает имеющийся опыт и сложившаяся практика работы ведущих учреждений России, для организации психотерапевтической деятельности необходимо определение контингентов, обслуживаемых врачом-психотерапевтом. Самостоятельно он проводит необходимые консультативно-диагностические, лечебные, реабилитационные, психопрофилактические и психогигиенические мероприятия для пациентов при наличии у них реакций дезадаптации, стрессовых и постстрессовых расстройств, неврозов и других пограничных и психосоматических нарушений. Совместно с основным лечащим врачом (психиатром, интернистом) в качестве консультанта или участника терапевтической бригады врач-психотерапевт принимает также участие в лечении и реабилитации больных с психическими или соматическими заболеваниями в стадии ремиссии и с другой патологией, в развитии которой существенную роль играют психосоциальные факторы.

По критериям (МКБ-10) к таким показаниям относятся следующие.

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F-4), включая тревожно-фобические расстройства (F-40); другие тревожные расстройства (F-41); обсессивно-компульсивные расстройства (F-43); реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F-43); диссоциативные (истерические) расстройства (F-44), за исключением (диссоциативного ступора F-44.2); соматоформные расстройства (F-45); другие невротические расстройства (F-48).

Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F-5), включая расстройства приема пищи (F-50.0); нарушения сна неорганической природы (F-51); половую дисфункцию, не обусловленную органическим расстройством или заболеванием (F-52); психические и поведенческие нарушения, связанные с послеродовым периодом и неклассифицируемые в других разделах (F-53), за исключением тяжелых психических и поведенческих расстройств, возникающих в послеродовом периоде и неклассифицируемых в других рубриках, в том числе послеродового психоза (F-53.1); психические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других рубриках (F-54); злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости (F-55).

Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F-6), включая специфические расстройства личности (F-60); смешанное и другие нарушения личности (F-61), хронические изменения личности, не обусловленные повреждением или заболеванием мозга (F-62), расстройства привычек и влечений (F-63), расстройства половой идентификации (F-64), расстройства сексуального предпочтения (F-65), психологические и поведенческие нарушения, связанные с сексуальным развитием и ориентацией (F-66), другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F-68).

Противопоказанием для назначения психотерапии в качестве основного или единственного вида лечения можно считать: все соматические заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения; острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции; все заболевания и состояния, нуждающиеся в стационарном лечении в больнице и требующие постоянного специального ухода; все венерические заболевания в острой стадии; все болезни крови и органов кроветворения в острой стадии и стадии обострения; злокачественные новообразования; кахексия любого происхождения.

Как показывает практика работы лицензионных комиссий, в настоящее время психотерапевтические кабинеты организуются не только в территориальных поликлиниках, но и в других медицинских учреждениях. Психотерапевтические отделения также имеют различную специализацию, особенно когда они создаются в многопрофильных и психиатрических больницах, психотерапевтических центрах со стационаром. С учетом этого контингенты пациентов, проходящих психотерапевтическое лечение, условно можно разделить на следующие.

Профилактический — пациенты психотерапевтических кабинетов профилакториев, домов отдыха, профилактических центров, центров планирования семьи, в структуре психологических

центров. В основном в эти кабинеты обращаются здоровые люди с психологическими проблемами и реакциями дезадаптации, помощь которым может оказываться с применением различных методов *психологического консультирования и краткосрочной психотерапии*.

Санаторный — пациенты психотерапевтических кабинетов санаториев с различной, чаще хронической, патологией. Обычно они страдают соматическими заболеваниями, а в качестве сопутствующих у них выступают невротические расстройства, патологические реакции на болезнь, а также разного рода вегетативные нарушения. Особенностью этого контингента являются чрезвычайно сжатые сроки проведения лечения. Поэтому в целом в этих кабинетах проводится краткосрочная и симптомо-ориентированная психотерапия; предпочтение отдается когнитивно-поведенческим *тренингам* и интегративному подходу при психосоматических расстройствах (например, программы по снижению алекситимии путем использования *телесно-ориентированной психотерапии*, поведенческих тренингов, тренингов саморегуляции).

Реабилитационный — пациенты психотерапевтического кабинета реабилитационного центра, отделения, профильного центра (кардиологического, гастроэнтерологического, центра СПИД, центра иммунологической коррекции). Особенностью контингента обслуживания психотерапевтического кабинета является преобладание среди его посетителей пациентов, страдающих различными заболеваниями, в том числе в активной форме, что способствует формированию невротических реакций, например нозофобий у пациентов онкологических, кардиологических центров, центров СПИД. Психогении в этих случаях способствует хронизации основного заболевания. Таким пациентам показана симптомо-ориентированная психотерапия, краткосрочная психотерапия, тренинги саморегуляции.

Поликлинический — пациенты психотерапевтических кабинетов территориальной поликлиники, медсанчасти, психоневрологического диспансера, кабинета частно-практикующего врача-психотерапевта. В этих кабинетах оказывается помощь всем пациентам, у которых имеются показания для психотерапии. Психотерапевтические программы отличаются большим разнообразием, включающем весь спектр психотерапевтических методов.

Полустационарный — пациенты, психотерапия которым проводится в условиях дневного или вечерне-ночного пребывания. Это, как правило, пациенты с нерезко выраженной пограничной и психотической патологией при наличии, в частности, семейно-бытовой психотравмирующей ситуации. В этих условиях может проводиться интенсивная личностно-ориентированная психотерапия, в частности в групповой ее форме, семейно-супружеская психотерапия, *терапия средой, социотерапия*.

Стационарный — пациенты с пограничной патологией психотерапевтических отделений. В зависимости от места организации психотерапевтического отделения стационарные контингенты также могут различаться по своей специализации (отделение психотерапии в многопрофильной больнице, отделение психотерапии психиатрической больницы и др.). Здесь используется широкий арсенал психотерапевтических методов и мероприятия, обеспечивающие создание терапевтической среды и психотерапевтического сообщества. Концепция «терапевтического поля» предполагает вовлечение пациента в широкие психотерапевтические программы, рассчитанные на большую часть времени пребывания пациента в отделении. В таких отделениях обязательными являются вспомогательные элементы психотерапии: мероприятия по самоорганизации пациентов; терапия занятостью, организация «социальной семьи», направленной на реадaptацию в социальной среде, восстановление навыков конструктивного сотрудничества, структурирование времени, планирование жизни. Это представляется чрезвычайно важным из-за опасности формирования в отделениях, где большинство больных составляют пациенты с невротическими расстройствами так называемой «антитерапевтической среды». Последняя представляет собой ряд взаимосвязанных и устойчивых социально-психологических феноменов с тенденцией формирования общественного сознания и установок, препятствующих полноценному участию в психотерапии, и склонностью определять свою болезнь как заболевание органической природы, а нередко и активно противодействовать раскрывающей психотерапии и принятию ответственности за участие в лечебном процессе.

Различия в контингентах обслуживания являются основой для ориентации психотерапевтического учреждения (подразделения) на содержание индивидуальных психотерапевтических, психопрофилактических и реабилитационных программ, средние сроки лечения

и планирование работы психотерапевтического учреждения, предусматривающее преимущественное применение тех или иных психотерапевтических методов.

При ведении обратившегося к нему пациента врач-психотерапевт проводит консультативно-диагностические мероприятия, психотерапевтическое лечение, осуществляет меры реабилитационного, психопрофилактического и психогигиенического характера.

Консультативно-диагностические мероприятия особенно необходимы в случаях первичного обращения пациентов в психотерапевтический кабинет или другое психотерапевтическое подразделение. На этом этапе врач-психотерапевт, поскольку он одновременно является специалистом в области психиатрии, в соответствии с частью 2 статьи 20 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», обладает правом психиатра на установление психиатрического диагноза. В этих случаях врач-психотерапевт использует клинко-психопатологические методы исследования, т. е. проводит подробное изучение жалоб, анамнеза, уточняет особенности структуры и динамики психического состояния лица, обратившегося за психотерапевтической помощью. При уточнении показаний и противопоказаний для самостоятельного ведения пациента врачом-психотерапевтом (см. выше перечень расстройств, являющихся показанием для направления в психотерапевтический кабинет) последний осуществляет составление и реализацию индивидуальной психотерапевтической программы. При необходимости врач-психотерапевт поручает медицинскому (клиническому) психологу проведение патопсихологического обследования в целях обеспечения дифференциальной диагностики, приглашает консультантов. По окончании консультативно-диагностических и первоочередных терапевтических мероприятий дает клиническую оценку состояния пациента по своей специальности, учитывая в клиническом диагнозе клинко-синдромальные, психологические и социальные особенности случая.

При диагностике психического заболевания в острой форме принимает решение о направлении пациента для дальнейшего ведения к участковому психиатру. В необходимых случаях врач-психотерапевт принимает решение об оказании психиатрической помощи (госпитализации) в недобровольном порядке. Проводя эти мероприятия в соответствии с действующим законодательством, врач-психотерапевт обязан обеспечить соблюдение эτικο-деонтологических норм и правил.

Лечебная работа врача-психотерапевта проводится по индивидуальному плану. На начальных этапах ведения пациента большое значение врач-психотерапевт уделяет созданию психотерапевтического контакта, атмосферы безусловного принятия и доверия со стороны пациента. Индивидуальная психотерапевтическая программа составляется с учетом необходимости достижения лечебного эффекта в оптимальные сроки, для чего используются методы индивидуальной, семейной, групповой психотерапии, мероприятия по созданию психотерапевтической среды и (или) терапевтического поля. Проведение отдельных психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий врач-психотерапевт поручает другим сотрудникам кабинета или другого психотерапевтического подразделения — медицинскому (клиническому) психологу, специалисту по социальной работе (социальному работнику). При сотрудничестве с ними врач-психотерапевт пользуется методическими и нормативными документами, в частности методическими рекомендациями о сотрудничестве врача-психотерапевта и медицинского (клинического) психолога, утвержденными приказом Минздрава России от 26.11.96 № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь» (Приложение 3).

Для проведения реабилитационной работы в психотерапевтическом кабинете могут создаваться группы суппортивной (поддерживающей) психотерапии, клубы бывших пациентов, осуществляются периодические консультации, планируются и проводятся курсы повторного лечения. Для целей реабилитации привлекается медицинский (клинический) психолог, который осуществляет психологическое консультирование, работу с семьей пациента и различные виды тренинга. Социальный работник (специалист по социальной работе) по поручению врача-психотерапевта проводит социально-реабилитационные мероприятия (терапию средой, терапию занятостью, решение социальных вопросов и др.).

Разделу *психопрофилактики*, включающей меры по предупреждению психических расстройств и их хронизации, врачами-психотерапевтами уделяется, к сожалению, еще недостаточно внимания. Вследствие недооценки этого важного аспекта психотерапевтической работы они не планируются в

психотерапевтических учреждениях и на них не выделяется необходимое время. В то же время опыт работы ряда региональных психотерапевтических учреждений страны свидетельствует о высокой эффективности использования психологических и психотерапевтических методов при осуществлении мероприятий первичной, вторичной и третичной психопрофилактики.

Можно выделить несколько направлений психопрофилактической деятельности психотерапевтических учреждений.

Это — первичная психопрофилактика применительно к здоровым людям: работа со средствами массовой информации по пропаганде здорового образа жизни и достижений психотерапии и клинической (медицинской) психологии, формированию современного имиджа психотерапевтических учреждений; встречи врачей-психотерапевтов, медицинских (клинических) психологов и специалистов по социальной работе с населением, лекции и беседы на предприятиях и в медицинских учреждениях, издание популярной тематической литературы. Важным направлением деятельности психотерапевтических учреждений по первичной профилактике пограничных психических расстройств является активная методическая и практическая работа с врачами других специальностей по обучению их основам психотерапии, контакты с лечебно-профилактическими учреждениями, позволяющие своевременно выявлять больных неврозами и другими пограничными психическими расстройствами, которые обращаются в общесоматические поликлиники. По данным литературы, из числа обратившихся за помощью в территориальные поликлиники от 20 до 60% пациентов страдают пограничными расстройствами или нуждаются в консультации психотерапевта. Важной стороной сотрудничества врача-психотерапевта с медицинским персоналом лечебно-профилактических учреждений, чаще всего там, где располагается психотерапевтическое подразделение, является проведение психопрофилактических мероприятий с самими медицинскими работниками с целью повышения их психологической компетенции, предотвращения конфликтов с пациентами и их родственниками, а также с целью профилактики профессиональной деформации лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с пациентами при оказании им профессиональной помощи (так называемого *синдрома «эмоционального сгорания»*).

Необходимо создание в психотерапевтических учреждениях условий для обращения за психологической помощью и психотерапией здоровых лиц с психологическими проблемами, реакциями дезадаптации. Для этой цели в психотерапевтическом кабинете могут создаваться группы личностного роста, семинары и тренинга, развивающие практические и коммуникативные умения. Привлечение здоровых людей благотворно влияет на имидж врача-психотерапевта и психотерапевтического кабинета, снижает «порог обращаемости» населения на территории обслуживания, что в конечном счете увеличивает вероятность ранней обращаемости больных.

В настоящее время не существует обязательных нормативов времени врачебного амбулаторного приема в лечебно-профилактических учреждениях. Существующая практика, однако, показывает, что затраты труда врачей-психотерапевтов могут измеряться тремя основными способами.

1. На основе количества посещений пациентов (нормативный вариант). При этом учитывается время приема одного пациента, составляется план приема на функцию врачебной должности.

2. В качестве единицы учета труда используется условный законченный случай, оцениваемый с учетом разработанных медико-экономических стандартов и клинико-статистических групп (технологический вариант). Это более сложный вариант планирования объема психотерапевтической помощи, предполагающий проведение специальных методических разработок, учитывающих специфику и технологию организации всей системы здравоохранения региона. В этом случае используются условные параметры времени и применяемых методов, необходимых для лечения пациентов с конкретным диагнозом до выздоровления или подтвержденного с применением специально-разработанных критериев улучшения состояния больного. При выздоровлении или улучшении состояния пациент переводится в соответствующую клинико-статистическую группу пациентов, у которых достигнуто значительное улучшение здоровья.

3. Промежуточный вариант, учитывающий разработанные условные единицы для измерения затрат труда врача-психотерапевта. Каждому элементу работы врача присваивается определенное количество условных единиц. Например, первичная встреча — 5 баллов, проведение *симптоматической психотерапии* — 10 баллов, личностно-ориентированной психотерапии — 25

баллов. Далее проводится анализ количества баллов, «отработанных» врачом-психотерапевтом за определенное время.

Два последних варианта позволяют осуществлять более гибкое управление психотерапевтическим процессом, создавать контрактные условия оплаты труда для врача исходя из интенсивности и качества проведенной психотерапии. В настоящее время эти более сложные системы организации помощи создаются в некоторых регионах России. Они требуют большего привлечения интеллектуальных и экономических ресурсов, более широкого внедрения в медицинскую практику персональных компьютеров.

Существующая практика организации работы врача-психотерапевта в психотерапевтическом кабинете показывает, что основное его время отводится на индивидуальный прием пациентов. Продолжительность приема одного пациента составляет 50 минут. Десятиминутный перерыв позволяет переключиться на прием другого пациента. В рабочем графике выделяется время для первичного приема (впервые обратившихся пациентов) и время для повторного приема (пациентов, уже проходящих психотерапию). При распределении времени одна его треть отводится на первичных пациентов, а две трети — на повторных. При общей продолжительности рабочего дня 5 часов 40 минут врач-психотерапевт, следовательно, принимает ежедневно 1-2 первичных пациентов и 2-3 повторных.

В графике работы выделяется время для групповой психотерапии. Продолжительность занятия группы составляет в среднем 1 час 30 минут. Перерыв после работы с группой — 15 минут. Групповая психотерапия может проводиться через день. Более интенсивной она может быть при наличии медицинского (клинического) психолога, который принимает участие в ведении *тренинговых групп* и групповой психотерапии. Продолжительность сеансов семейно-супружеской психотерапии соответствует продолжительности группового занятия.

При планировании работы на неделю врач-психотерапевт вносит в свой график и другие мероприятия: выделяет специальное время для проведения мер психопрофилактики вне психотерапевтического кабинета (лекции, встречи с населением, работа со средствами массовой информации), клиничко-терапевтических конференций, встреч с пациентами психотерапевтического кабинета с участием медицинского (клинического) психолога, социального работника (специалиста по социальной работе) и консультанта (*супервизора*). Планируют также проведение психопрофилактических мероприятий в коллективе самого лечебно-профилактического учреждения.

Психотерапия не без основания относится к видам творческой деятельности, и поэтому врачи-психотерапевты нередко пренебрегают чисто организационными аспектами своей работы и планированием. Вместе с тем очевидно, что по-настоящему творческая работа может осуществляться только при условии тщательного планирования и соблюдения бригадного стиля работы психотерапевтического кабинета, а также поддержания оптимальных производственных отношений с коллективом лечебно-профилактического учреждения, на базе которого кабинет функционирует.

Для иллюстрации приводим пример индивидуальной психотерапевтической программы пациента психотерапевтического кабинета территориальной поликлиники.

В., 40 лет. Диагноз: фобический невроз с вегетативными кризами.

Основные проявления: страх смерти от инфаркта миокарда, снижение настроения и работоспособности, периодические симпатико-адреналовые кризы, трудности передвижения в транспорте, семейные конфликты.

Проводилась дифференциальная диагностика с гипоталамическим синдромом на органической основе.

1) Консультативно-диагностический этап.

- Первая встреча.
- Психологическое обследование медицинского (клинического) психолога кабинета.
- Консультация невропатолога.
- Заключительная консультация врача-психотерапевта.

2) Терапевтический этап.

- Обсуждение *психотерапевтического контракта* — 1 встреча.
- Индивидуальная личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия — 5 встреч через день.

- Групповая психотерапия — 18 трехчасовых занятий, продолжительностью 7 недель, 3 занятия в неделю. Психотерапию проводят врач-психотерапевт и медицинский (клинический) психолог кабинета.
- Индивидуальная личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия с элементами *когнитивно-поведенческой психотерапии* — 6 встреч 1—2 раза в неделю.
- Параллельно со вторым этапом *индивидуальной психотерапии* 4 встречи с применением методики *системной семейной психотерапии* с частотой 1 раз в неделю; проводят врач-психотерапевт и медицинский (клинический) психолог кабинета.

Общая продолжительность лечения 4 месяца.

### 3) Реабилитационный этап.

- Занятия в группе *арттерапии* — 6 занятий 1 раз в неделю; проводит медицинский (клинический) психолог кабинета.
- Группа коммуникативной практики — 6 занятий 1 раз в неделю; проводит специалист по социальной работе кабинета.
- Встреча совместно с женой через 3 месяца после окончания терапии (проводят совместно врач-психотерапевт и медицинский (клинический) психолог кабинета).

**РОЛЬ КАТАМНЕЗА В ПСИХОТЕРАПИИ** (catamnesis — от греч. katamnemoneno — запоминать). Совокупность сведений о состоянии больного и дальнейшем течении болезни после установления диагноза и выписки из стационара или завершения лечения. Термин «катамнез» предложил немецкий психиатр Хаген (Hagen W.). Различают ближайший катамнез (сбор сведений через несколько недель или месяцев) и отдаленный (получение сведений через год). В психиатрии при сборе катамнеза пользуются данными, полученными в беседе с больным во время катамнестического осмотра (в стационаре, амбулаторно, на дому), а также сведениями, полученными от родных, знакомых, сослуживцев, из различных медицинских документов, в случае надобности — при проведении повторных лабораторных (в том числе психологических) исследований.

Катамнез используется для подтверждения установленного диагноза, изучения динамики заболевания, сравнения непосредственных и отдаленных результатов лечения. Большое значение катамнестический метод имеет при оценке эффективности различных видов психотерапии, прежде всего личностно-ориентированных. Это относится и к *личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова* при неврозах, где степень клинического улучшения и его устойчивость во многом определяются дополнительными (помимо собственно клинического) психологическими критериями, степенью *осознания* пациентом психологических механизмов своей болезни, степенью изменения нарушенных отношений личности, степенью улучшения социального функционирования пациента (Федоров А. П., 1977; Кайдановская Е. В., 1982, Карвасарский Б. Д., 1990). Достигаемые в ходе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии личностные изменения, связанные с перестройкой нарушенной системы отношений больного неврозом, ведут в катамнезе к устойчивому и часто возрастающему клиническому улучшению через реализацию этих изменений в реальной жизни пациента, что находит свое отражение в повышении социально-психологической адаптированности больных неврозами.

Метод катамнеза не только позволяет более объективно оценивать эффективность непосредственных и отдаленных результатов различных видов психотерапии (Абабков В. А.), но и адекватно решать вопросы о целесообразности проведения *поддерживающей психотерапии*.

## \_С\_

**САЛЛИВАН** Гарри Стэк (Sullivan H. S., 1892-1949). Родился в Нью-Йорке. В начале своей профессиональной деятельности в качестве психиатра работал с больными шизофренией, позднее — с пациентами, страдающими неврозами. Основатель так называемой Вашингтонской психиатрической школы. Автор нескольких книг. В монографии «Концепция современной психиатрии» (1947) обобщил некоторые свои идеи о взаимосвязи межперсонального поведения и патологии. После смерти С. его ученики и коллеги опубликовали рукописи и заметки С., которые при жизни не были изданы, в книге «Межличностная теория психиатрии» (1953). Эти работы представляют собой отдельные доклады, в



которых взгляды С. не систематизированы. Сложный язык значительно отличает их от рассчитанных на более широкий круг читателей публикаций *Фромма* (Fromm E.) и *Хорни* (Horney K.).

Основное значение трудов С. состоит в акцентировании внимания на межличностных отношениях. Болезнь и здоровье, норма и патология в работах С. понимаются в контексте отношений между людьми. Возникновение патологии во многом обусловлено нарушением межличностных отношений, и, следовательно, целью терапии является их восстановление, приводящее к излечению. В последних своих докладах С. практически отказался от диагностических категории и постановки клинического диагноза. Взгляды С. во многом определили формирование динамического направления в американской психиатрии. Акцентируя важность межличностного взаимодействия, стремясь понять роль искаженных контактов пациента, С. обосновывал терапевтическую необходимость коррекции межличностного взаимодействия в диаде «врач—больной». Эта коррекция практически осуществляется в рамках взаимообучения на модели реальной ситуации общения.

См. также *Интерперсональная психотерапия Салливана*.

**САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ.** Процесс, сущность которого состоит в наиболее полном развитии, раскрытии и реализации способностей и возможностей человека, актуализации его собственного личностного потенциала. С. способствует тому, чтобы человек мог стать тем, кем он может стать на самом деле, и, следовательно, жить осмысленно, полно и совершенно. Термин С. является центральным для гуманистической психологии, рассматривающей личность как уникальную целостную систему, представляющую собой не нечто заранее данное, а открытую возможность С., присущую только человеку. Потребность в С. выступает как высшая человеческая потребность, главный мотивационный фактор. Одним из основателей гуманистической психологии Маслоу (Maslow A. H.) была предложена иерархическая модель мотивации, включающая следующие фундаментальные потребности: 1-й уровень — физиологические потребности (пища, вода, сон и пр.); 2-й уровень — потребность в безопасности (обеспеченность, стабильность, порядок); 3-й уровень — потребность в любви и принадлежности (семья, дружба); 4-й уровень — потребность в уважении (самоуважение, признание); 5-й уровень — потребности С. (развитие способностей). Согласно этой концепции, высшие потребности могут направлять поведение человека лишь в той степени, в какой удовлетворены более низшие: движение к высшей цели — к С., психологический рост не могут осуществляться, пока индивид не удовлетворит более низшие потребности, не избавится от их доминирования, которое может быть обусловлено ранней фрустрацией той или иной потребности и фиксацией индивида на определенном, соответствующем этой неудовлетворенной потребности, уровне функционирования. Маслоу также подчеркивал, что потребность в безопасности может оказывать существенное негативное влияние на С. С. и психологический рост связаны с освоением нового, с расширением сфер функционирования человека, с риском, возможностью ошибок и негативными их последствиями. Это может увеличивать тревогу и страх, что ведет к усилению потребности в безопасности и возврату к старым, безопасным стереотипам. *Роджерс* (Rogers C. R.) рассматривал в качестве главного мотивационного фактора стремление к С., которую он понимал как процесс реализации человеком своего потенциала с целью стать полноценно функционирующей личностью. Полное раскрытие личности, «полное функционирование» (и психическое здоровье), с точки зрения Роджерса, характеризуются: открытостью по отношению к опыту, стремлением в любой отдельный момент жить полной жизнью, способностью прислушиваться в большей степени к собственной интуиции и потребностям, чем к рассудку и мнению окружающих, чувством свободы, высоким уровнем творчества. Жизненный опыт человека оценивается им с точки зрения того, в какой мере он способствует С. Если он помогает С., то человек оценивает его как положительный, если нет — то как негативный, которого следует избегать. В общем виде в рамках гуманистического направления невроз и психологическая неприспособленность рассматриваются как следствие невозможности С., результат блокирования этой потребности. В соответствии с этим основной задачей психотерапии является помощь человеку в становлении самого себя в качестве самоактуализирующейся личности.

**САМОАНАЛИЗ.** Анализ индивидом собственных суждений, переживаний, потребностей и поступков. В отличие от близкого по смыслу понятия рефлексия (от позднелат. *reilexio* — обращение назад, отражение) — самонаблюдение, размышление над своими переживаниями и мыслями — понятие С. в большей степени концентрирует внимание на процессуальном аспекте собственной психики,

отличается целенаправленностью и произвольностью процесса этого анализа.

С. является неотъемлемой частью любой психотерапии. Уже во время первых бесед психотерапевт знакомится с С. пациента, так как его обращению к врачу, как правило, предшествуют попытки анализа собственного психического состояния. На первых занятиях врач не только знакомится с больным, но и составляет первичное представление о причинах его заболевания. По словам В. Н. Мясищева (1958), сделать это иногда весьма затруднительно, и в таких случаях особенно важно, чтобы пациент играл активную роль, а врач при выявлении причин болезни в значительной мере опирался на его С. В большинстве случаев в рассуждениях и оценках больного таятся заблуждения и ошибки, ведущие его в тупик, самостоятельно выбраться из которых он не в состоянии. Перед психотерапевтом стоит задача направить С. пациента по психотерапевтически продуктивному пути.

Психотерапия, как система лечебного воздействия на психику и через психику, направлена на изменения всех ее основных сфер: эмоциональной, когнитивной и поведенческой. Особую роль когнитивного компонента в процессе таких изменений отмечают многие авторы. Только осознанные изменения в психике больного гарантируют, по их мнению, эффективность психотерапевтических воздействий и стабильность их результатов. Больной как объект такого воздействия, являясь одновременно и субъектом, активен и целостен по своей природе. Любая информация, вступающая в противоречие с самосознанием, должна быть интериоризирована личностью для сохранения своей целостности. В процессе психотерапии С. пациента обычно соответствует концепции, которой придерживается психотерапевт.

Удельный вес С. в процессе психотерапии неодинаков в различных ее методах. В *суггестивной психотерапии* С. играет второстепенную роль. Но и здесь он является необходимым звеном при знакомстве с пациентом, при подготовке больного к применяемым методикам, в беседах между сеансами *внушения*, в оценке результатов *внушения* (Лебединский М. С., 1959). Существенно более важное место С. занимает не в симптомо-ориентированной, а в направленной на значительные изменения личности психотерапии, где активность пациента приобретает особое значение. В зависимости от базовой теоретической ориентации и применяемого метода психотерапевт фокусирует С. пациента на тех сторонах его психики, которые рассматриваются в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения.

В методах *поведенческой психотерапии*, основное внимание которой сосредоточивается на обучении пациента новым, более адекватным нормам поведения, предметом С. больного являются его связи с социальной средой преимущественно на уровне поведения.

В *рациональной психотерапии*, сущностью которой является логическое переубеждение пациента, обучение его правильному мышлению (поскольку, согласно Дюбуа (Dubois P.), психогения — это следствие ошибочных суждений, обусловленных недостатком верной информации), предметом анализа становятся логические построения, конструкции, поиск логических ошибок.

В *психоанализе*, способствующем переходу бессознательных, вытесненных из сознания, представлений в сознание, психотерапевт направляет внимание больного не на реальность, не на актуальную ситуацию, а на переживания раннего детства, на сексуальные влечения. Вытесненные из сознания и проявляющиеся в *свободных ассоциациях* пациента, в сновидениях, описках, оговорках, они становятся предметом работы психоаналитика. Подразумевается, что пациент по-новому оценит события своей жизни, осознает роль давно пережитого и вытесненного, что и приведет к выздоровлению.

Целью *клиент-центрированной психотерапии*, недирективной по своему характеру, является увеличение конгруэнтности пациента, открытости опыту, повышение уровня реалистичности и объективности восприятия себя и окружающих. Психотерапевт лишь создает доброжелательную обстановку, пациент же сам формулирует свои проблемы и ищет выход из неблагоприятных ситуаций. С. здесь направлен на чувства, выражение которых в процессе психотерапии становится все более свободным, на распознавание и дифференцирование своих чувств и восприятий, включающих собственное «Я», окружающих лиц и взаимоотношения между ними.

В *патогенетической психотерапии* Мясищева и *личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии* Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова, целью которых является осознание пациентом противоречивых потребностей и мотивов, нарушенных отношений, приведших к

невротическому срыву, и в итоге — регуляция потребностей, формирование сознательного отношения и разрешение психотравмирующей ситуации, задача психотерапевта состоит в том, чтобы направить С. пациента не только на его субъективные переживания и оценки, но также и на внешние условия его социальной среды, ее особенности, взаимоотношения с окружающими его людьми.

Первостепенную роль С. также играет в *разговорной психотерапии*, направленной на понимание и самостоятельное изменение пациентом тех сторон своей личности, которые препятствуют *самоактуализации*. Характерное понятие в системе разговорной психотерапии — *самозексплорация* (Helm J., 1978), т. е. мера, в какой больной включает в беседу свое собственное поведение и свои личностные эмоциональные переживания, анализирует их и делает на этой основе выводы для себя. Основная задача психотерапевта здесь заключается в *вербализации*, отражении переживаний и чувств пациента, которая не должна выходить за рамки их осознания, что способствует активной роли больного в психотерапевтическом процессе.

В *гештальт-терапии*, целью которой является увеличение личностного потенциала, мобилизация собственных ресурсов пациента, на первый план выступает переживание контакта с самим собой, повышение степени осознания различных установок и способов поведения и мышления, которые закрепились в прошлом и сохраняют устойчивость, а также осмысление их значения и функции в настоящем. Задача психотерапевта состоит в создании ситуаций для проведения пациентом поиска и эксперимента, в котором он сам проверяет, что может быть для него ценным и подходящим, а что вредит. Анализ переживаний основан на принципе «здесь и теперь» — больного просят анализировать, что он в настоящее время делает, чувствует, что с ним и вокруг него происходит в данную минуту, делая акцент на осмыслении того, «что и как» происходит.

В *транзактном анализе*, направленном на помощь больному в удовлетворении потребности в оптимальном контакте, психотерапевт знакомит пациента с основными понятиями транзактного анализа (3 состояния «Я»: Родитель, Ребенок, Взрослый), объясняет механизмы поведения и его расстройств. В процессе психотерапии больной обучается самостоятельно анализировать ситуации с позиций Взрослого, т. е. проверять и оспаривать иррациональные и чрезмерные требования Ребенка и Родителя, предвидеть последствия ошибочных шагов, а также рационально решать проблемы, с которыми сталкивается в жизни.

В *групповой психотерапии* С. пациентов имеет сложный характер. Содержанием его становятся не только собственные переживания и поступки каждого участника группы, но также и его взаимоотношения с другими членами коллектива и главным образом то, каким, как ему кажется, его видят эти другие. Таким образом, С. в групповом процессе — своеобразное двойное зеркальное отражение индивидами друг друга, взаимоотражение, содержанием которого является субъективный внутренний мир партнера по общению, который, в свою очередь, отражает внутренний мир самого рефлексирующего.

По ходу С. пациент сталкивается со значительными трудностями, но они имеют и свое позитивное значение. Прибегнуть к С. как к одному из видов самопомощи в нашем собственном развитии — это путь далеко не легкий. От индивида он требует большой решимости и самодисциплины. В этом отношении С. не отличается от других житейских ситуаций, которые способствуют личностному росту.

В психотерапевтическом процессе, в котором участвуют, как минимум, двое — пациент и психотерапевт, С. происходит у каждого из его участников. Психотерапевт, вырабатывая ту или иную психотерапевтическую стратегию и тактику, опирается на анализ собственных чувств, суждений относительно своего пациента. В некоторых психотерапевтических направлениях С. психотерапевта играет существенную роль. Так, например, в психотерапии психоаналитического направления анализ *контрпереноса* является важнейшим элементом работы психотерапевта.

**САМОВНУШЕНИЕ.** С., или аутосуггестия, — это процесс *внушения*, адресованный самому себе. С. позволяет субъекту вызывать у себя те или иные ощущения, восприятия, управлять процессами внимания, памяти, эмоциональными и соматическими реакциями.

Сущность С., по И. П. Павлову, заключается в концентрированном раздражении определенной области коры головного мозга, которое сопровождается сильнейшим затормаживанием остальных отделов коры, представляющих коренные интересы всего организма, его целостности и существования. В

исключительных случаях при С. даже уничтожение организма может происходить без малейшей физической борьбы с его стороны.

Действие С., согласно теории А. А. Ухтомского, объясняется концентрированным раздражением определенного участка коры, т. е. возникновением доминанты на фоне сниженного коркового тонуса. При таком состоянии коры над реальным воздействием среды превалируют второсигнальные следовые процессы.

В. Н. Куликов (1974) отмечает, что С. формируется в филогенетическом и онтогенетическом планах на базе внушения. Сначала в процессе интерпсихических отношений между людьми складывается гетеросуггестия, а затем способность индивида внушать другим людям интериоризуется, становится интрапсихической способностью личности. Это положение основывается на учении о происхождении психических функций Л. С. Выготского и его учеников — А. Н. Леонтьева и др.

Высказывается предположение, что аутосуггестия базируется на механизмах обратной афферентации и опережающего отражения (Бернштейн Н. А., 1961; Анохин П. К., 1975, и др.).

В разработку метода лечебного С. внесли вклад отечественные исследователи. В 1881 г. И. Р. Тарханов опубликовал результаты одного из первых научно достоверных наблюдений о влиянии С. на произвольные функции организма. Я. А. Боткин в 1897 г. предложил обучать больных сознательному использованию С. для предупреждения и преодоления невротической фиксации симптомов соматических заболеваний. В. М. Бехтерев (1911), рекомендуя лечить С. в состоянии бодрствования, считал, что «наиболее подходящим временем для С. является период перед засыпанием и период, следующий за пробуждением». Он полагал, что «для каждого отдельного случая должна быть выработана определенная формула С., которая должна произноситься от своего имени, в утвердительной форме и в настоящем, а не будущем времени». Произносить формулы С. следует вполголоса «по несколько раз... и притом с полным сосредоточением». В. М. Бехтерев ценил эффективность С. при неврозах, а также включил его в систему лечения алкоголизма в качестве третьей части триады (см. *Психотерапевтическая триада Бехтерева*).

Одним из наиболее популярных приемов аутосуггестии считается методика С. по Куэ. С. является основой (или одним из существенных механизмов лечебного действия) различных методов психотерапии: *аутогенной тренировки, биологической обратной связи, медитации, йоги, релаксации*.

С. успешно применяли многие отечественные и зарубежные психотерапевты. Н. В. Ивановым (1959) разработана методика мотивированного С., предназначенная для лечения больных алкоголизмом. После беседы об алкоголизме психотерапевт погружает группу в 10-15 человек в *гипноз* и проводит мотивированное лечебное внушение. Первые сеансы, которые проводятся 2 раза в неделю, успокаивают, вселяют уверенность. С 5-6-го сеанса больным предлагается систематически 2 раза в день на 2-3 минуты волевым усилием концентрированно сосредоточить внимание на круге мыслей о том, что теперь решение длительно сохранять воздержание станет постоянным качеством: «Я сумею сказать себе активно и повелительно "нет" в любой соблазняющей обстановке».

И. К. Шхвацабая и др. (1983) для коррекции невротических расстройств у больных гипертонической болезнью предложили методику, основанную главным образом на лечебном действии С. Вначале пациенты обучаются запоминанию комплекса ощущений («образа релаксации»), испытываемых во время занятий аутогенной тренировкой. Далее упражнения строятся таким образом (самостоятельно или в группе), чтобы связать «образ релаксации» с визуальным символом, в качестве которого используется правильная геометрическая фигура с центром симметрии («фигура релаксации»). В ситуациях эмоционального психического напряжения больной воспроизводит в течение 1 -2 минут «образ релаксации», вспоминая или представляя себе «фигуру релаксации».

Лечение С. почти не имеет противопоказаний. Даже в тяжелых случаях истерии, когда разъяснение не помогает, а гипноз и аутогенная тренировка не дают достаточного эффекта и могут сопровождаться осложнениями, больной в предчувствии надвигающегося припадка с помощью С. («Не должно случиться припадка!») может «отодвинуть» или не допустить его.

**САМОВНУШЕНИЕ ПО БЕХТЕРЕВУ.** Описанная В. М. Бехтеревым в 1890-1892 гг., эта методика относится к *суггестивной психотерапии* и представляет собой оригинальный прием *самовнушения*, производимого в состоянии легкого гипнотического сна (в начальных стадиях *гипноза*).

Лечение проводится амбулаторно. Больной, погруженный в состояние легкого гипнотического

сна, трижды произносит слова самовнушения, направленного на устранение основного симптома болезни. При последующих сеансах добавляются самовнушения, направленные на устранение других болезненных нарушений. В дни между сеансами больной должен систематически повторять формулу внушения, по возможности «воспроизведя в памяти ту обстановку, в которой производилось *внушение*».

Позднее, в 1911 г., В. М. Бехтеревым была описана методика самовнушения, осуществляемого перед естественным сном или сразу после пробуждения. Для этой методики формула самовнушения вырабатывается соответственно конкретному случаю, произносится от первого лица, в утвердительной форме и в настоящем, а не в будущем времени. Этот прием автор рассматривал скорее как вспомогательный при лечении методом внушения, но в ряде случаев считал его эффективным и при самостоятельном применении.

Метод самовнушения в начальных стадиях гипноза оказался эффективным при неврастении, истерии, затяжных постинфекционных астенических состояниях.

**САМОВНУШЕНИЕ ПО КУЭ.** Широкое распространение среди приемов *самовнушения* получила методика французского аптекаря Куэ (Cue E., 1857-1926), названная им «школой самообладания путем сознательного самовнушения». Нередко целебное действие разных лекарств, которые он продавал в своей аптеке, он не мог обосновать физиологически и объяснял «силой воображения» больных. Он стал учиться технике *внушения* и *гипноза* у Льебо (Liebault A. A.) и Бернгейма (Bernheim H.), а в 1910 г. открыл в Нанси собственную клинику, где лечил по своей методике. Об этой методике он читал лекции на родине и в Англии, которые позднее издал небольшой книгой. Куэ заметил, что даже довольно внушаемый человек невосприимчив к внушению, если противится ему и не претворяет его в самовнушение. Главный тезис неонансийской школы, во главе которой стояли Куэ и Бодуэн (Baudouin Ch.): нет внушения, есть только самовнушение. Куэ стал учить своих пациентов, называя их «учениками», поскольку не был врачом, сознательно пользоваться самовнушением, этой «врожденной силой природы». Прежде всего (что представляется чрезвычайно важным для терапевтического успеха) он убеждал «ученика» в силе самовнушения несколькими приемами: выпрямившись, вообразив себя доской, сохранив подвижность лишь в голеностопных суставах, «ученик» внушал себе падение назад, вперед («Я падаю назад», «Я падаю вперед»); скрестив пальцы рук, внушал себе, что не может «разжать» руки («Я не могу, я не могу»); внушал себе, что не может разжать кулак. Всюду в данном случае, как полагал Куэ, «внушение руководителя только возбуждает самовнушение». Когда «ученик» убеждался, какая самовнушающая сила содержится в нем, он, по словам Куэ, «уподоблялся обработанному полю, на котором семя может взойти и произрастать; до того он был похож на необработанную почву, на которой семя не возшло бы». Затем «ученику» предлагалось закрыть глаза, чтобы не отвлекали окружающие предметы, и в случае, например, «болезни живота» внушать себе, шевеля губами, внятно, чтобы слышались слова, что у него будет спокойный, глубокий сон без тяжелых сновидений и каждое утро будет стул, хороший аппетит. При всякой болезни, утром, сразу как проснулся, и вечером, в постели, с закрытыми глазами, сосредоточившись на том, что говоришь, Куэ рекомендовал внушать себе: «С каждым днем во всех отношениях мне становится все лучше, лучше». Внушать без усилия, без раздумья, по-детски, машинально, «как молитву». При этом хорошо перебирать узлы бечевки (сколько слов, столько узлов). Куэ лечил пациентов с самыми различными заболеваниями. «Применение самовнушения не заменяет медицинского пользования, — замечал он, — но является ценным вспомогательным средством как для больного, так и для врача».

Методику Куэ развил и аргументировал Бодуэн, исходивший из предположения, что поведением человека управляют воображение и подсознательные влечения. При мысленном повторении одних и тех же фраз автоматически возникает внутреннее сосредоточение, действующее на бессознательное. Практически Бодуэн рекомендовал, как считает М. Е. Бурно (1974), учить больных погружаться в самогипноз для того, чтобы проводить самовнушение именно в момент пробуждения или перед самым засыпанием. Погружению в самогипноз способствует сосредоточение внимания на каком-то объекте (пламя свечи в темноте), на какой-то мысли, достаточно яркой, чтобы не удерживать на ней внимание насильно, на монотонных звуках (тиканье часов), на коротких фразах, обобщающих цель самовнушения. Теоретически эффект внушения (самовнушения) Бодуэн объяснял, пользуясь специальной идеомоторной моделью — «внедрением» терапевтического приказа в подсознательное, которому гораздо легче управлять телесными движениями, чем сознанию. Когда внимание утомляется

долгим сосредоточением на чем-то (не видим больше то, на что смотрим, не слышим то, что слушаем), наступает *релаксация* (освобождение от умственного напряжения), могущая перейти в сон. Релаксация способствует «обнажению» подсознательного, и теперь легко «втолкнуть» в подсознательное терапевтический приказ.

Куэ и Бодуэн расширяли роль самовнушения далеко за рамки медицинской практики, старались создать систему совершенствования общества, полагая, что самовнушение может изменить мировоззрение людей. Самовнушение по Куэ — Бодуэну приобрело в 20-е гг. широкую популярность. В нашей стране «куэизм» подвергался критике в связи с тем, что он игнорировал нозологические особенности заболевания и личность больного.

Положительной стороной работ Куэ и его последователей была пропаганда активных методов психотерапии и корригирующего самовнушения. Куэ способствовал утверждению активной роли пациента в лечебном процессе и развитию идей тренировки и обучения в психотерапии. Он показал также целесообразность положительного самовнушения взамен отрицательного («Я здоров» вместо «Я не болен»). Благодаря этим положительным сторонам метод С. п. К. был одобрительно встречен В. М. Бехтеревым.

**САМОКОНТРОЛЬ.** Это процессы, посредством которых человек оказывается в состоянии управлять своим поведением в условиях противоречивого влияния социального окружения или собственных биологических механизмов, в частности при склонности к навязчивым влечениям, подверженности импульсивным порывам и сильной зависимости от внешних влияний. Исследователи последних лет понятие С. применяют к ситуациям, в которых человек пытается изменить первоначальные мотивы своего поведения (контролируемое поведение), приводящего к конфликтным или нежелательным последствиям, при этом стремятся трансформировать те переменные, от которых функционально зависит это поведение. На действия такого индивида могут оказывать влияние изменения окружающей среды, биологические сдвиги, самопоощрение и самонаказание и др., причем таким образом, что изменяется вероятность появления контролируемого поведения. С. определяется как специфическое поведение индивида в конфликтной ситуации, влияющее на те события или действия, которые приводят к конфликту. Но понятие С. не может быть наполнено одним поведенческим содержанием. Необходимо также знание из предыдущей жизни индивида об имеющихся у него возможностях выбора в данной ситуации. Пациентов надо обучать ряду приемов, которые помогают изменить окружение или собственное поведение в различных конфликтных ситуациях.

Поведенческий аспект предполагает, что С. является переходным процессом, пригодным для ограниченного набора ситуаций, имеет неоднозначную эффективность и зависит от биологических и психических свойств субъекта, а также от влияния социальной среды. Выделяют 2 вида С. К первому относится поведение индивида, направленное на преодоление влечения к непосредственно действующему успокоительному средству или привлекательному внутреннему или внешнему раздражению для избежания долговременных отрицательных последствий, например в случае курения, воровства, нарушения социальных запретов, сексуального и агрессивного влечения. Второй вид С. — это стремление терпеливо пережить, преодолеть неприятную, тягостную ситуацию для достижения долговременного положительного эффекта, например при необходимости переносить боль во время медицинского вмешательства, выполнении скучной работы, оказании помощи другим и т. п.

Выделяют следующие компоненты С.:

- 1) индивид должен взять ответственность по изменению ситуации, поскольку перемена может привести к явно положительным для него последствиям, при этом ее достижение через контролируемое поведение рассматривается как желаемая и оправданная цель;
- 2) он должен следить за своим поведением и владеть им в конфликтных ситуациях;
- 3) он должен соотносить свое поведение на данный момент с определенным критерием, который выступает как цель изменения поведения;
- 4) индивид должен оценивать успех или неудачу в достижении этого критерия с помощью самопоощрения или самокритики.

Процесс С. заканчивается при стабилизации альтернативного поведения, важной в конфликтных ситуациях, например когда бывший курильщик спокойно реагирует на влечение к табаку или на запах и вид сигареты. При изменении поведения с помощью самоуправления для ослабления напряженности

важна поддержка извне, усиливающая положительную мотивацию в достижении цели посредством С. Поскольку С. представляет только одну детерминанту конфликтного поведения, его эффективность определяется как биологическими изменениями, так и изменениями окружающей обстановки. Например, утомление, воздействие лекарственных и наркотических средств, а также влияние друзей или другого социального окружения иногда меняют вероятность контролируемости поведения.

Самоконтролируемое поведение различается длительностью, т. е. периодом времени, когда приходится действовать под строгим С. Если решение принято, за ним следуют события, которые могут уже не контролироваться принявшим решение лицом. Так, например, обстоит дело с решением подвергнуться операции, отправиться в центр противонаркотической и противоалкогольной реабилитации, взвалить на себя общественные обязанности. Такое решение, пусть даже на время, выводит индивида из конфликтной ситуации. Контролируемое поведение действует при этом только до принятия данного решения.

При устойчивом С. индивид непрерывно находится в конфликтной ситуации и ему приходится выдерживать контролируемое поведение достаточно долгое время, чтобы уменьшить вероятность срыва контролируемых действий. Так, к примеру, необходимо вести себя человеку при прохождении курса похудения, подавлении агрессивных эмоций и действий в обстановке враждебности или при напряженной психотерапевтической программе.

Варианты базовой поведенческой модели С. различаются в основном ролью, которая отводится познавательным факторам, действующим опосредованно по отношению к факторам внешним. Некоторые авторы подчеркивают важное значение процессов познавательного плана (логических), таких как внимание, предвидение различных последствий поведения, решение проблем или разработка планов и стратегий. Другие же решающим считают последовательность вновь усвоенных оперативных образов поведения. При сугубо поведенческом подходе обе концепции отвергаются с аргументацией, что всякое поведение можно свести к контролю переменных окружающей среды. Последние исследования подчеркивают сложность концепции С. и предлагают изучать влияние на его эффективность следующих факторов: готовность человека к столкновению с различными контролируемыми образами поведения; масштабы поддержки социального окружения для обеспечения самоконтролируемого поведения; мотивация достижения поставленной цели; значение контролируемого поведения и достижение способности к самоуправлению для повышения самооценки; взаимоотношения и взаимовлияние факторов окружающей среды и биологических факторов.

Исследования показали, что в процессе контроля за поведением важную роль играют обязательства индивида, постановка целей, самонаблюдение и самоподкрепление. Помимо управляемой извне программы модификации поведения решающее значение имеет то обстоятельство, что пациент должен почувствовать себя способным к С. и ответственным за процесс перемен. В клинической практике успешно зарекомендовали себя следующие приемы С.: самонаблюдение, договор с самим собой, самоподкрепление, самопоощрение и самокритика, самостоятельный контроль стимулов, самостоятельная мобилизация и *релаксация*, методика скрытой настройки. Методы С. используются для терапевтических целей при психозах и неврозах взрослых, а также детей и подростков. Некоторые компоненты С. были успешно интегрированы в программу лечения детей с эмоциональными нарушениями и взрослых с психическими расстройствами. Кроме того, методы С. нашли клиническое применение при лечении психосоматических расстройств, депрессий, панических и фобических состояний, нарушений работоспособности, никотинизма, алкоголизма и булимии. Методы С. используются также для снижения утомляемости пациентов при лечении, формировании мотивации и для закрепления терапевтических успехов после окончания лечения.

**САМОМОДЕЛИРОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ВИДЕОЗАПИСИ.** Применяется в 2 вариантах: программы занятий для само моделирования (аутоэкземплификации) составляются преимущественно самими пациентами, непосредственно участвующими в отборе видеосюжетов, в сотрудничестве с психотерапевтом или психотерапевтом самостоятельно. Достоинство первого варианта состоит в том, что само моделирование выполняет одновременно 2 функции: пациенты незаметно для себя вовлекаются в то, что фактически и является целью и содержанием лечебной процедуры. Этот прием помогает преодолеть *психологическую защиту* пациентов, снижающую эффективность само моделирования. Первый вариант можно назвать активным, второй — пассивным. В числе

недостатков пассивного варианта следует отметить исключительно монопольный характер отбора психотерапевтом адаптивных образцов поведения пациента. Психотерапевт в таком случае вынужден руководствоваться лишь собственными представлениями о наиболее целесообразных (адаптивных) способах поведения своих больных. Этим могут быть обусловлены возможные искажения в структуре самовосприятия пациента.

Основные различия между само моделированием и видеообратной связью (см. *Видеообратная связь в психотерапии*) сводятся к следующему: 1) при само моделировании отбираются только положительные примеры (лучшие образцы собственного поведения) для побуждения пациента к повторению аналогичных успешных действий и акцептации соответствующих поведенческих стереотипов; при видеообратной связи нет отмеченных ограничений; 2) при само моделировании уровень стресса от первичного знакомства больных с собственным изображением (отражением на мониторе своего поведения) минимизирован за счет демонстрации каждому пациенту лишь вариантов его успешной деятельности; при видеообратной связи эмоционально-аффективные реакции больных в аналогичных ситуациях значительно интенсивнее. Они проявляются в различных вегетативных реакциях (покраснение или побледнение кожных покровов, усиленное потоотделение, слезливость, парестезии), в ощупывающих жестах (потирание ладонью лица, шеи или волосистой части головы), а также в демонстративном поведении (закрывание глаз, опускание головы, отворачивание головы и корпуса в сторону или внезапные резкие выходы из кабинета во время сеанса). Совокупность перечисленных реакций принято называть видеошоком (Кульгавин Л. М., Подсадный С. А.).

В структуре моделирования и само моделирования основополагающая категория — пример. К основным характеристикам примера, отличающим его от других средств воздействия, относят: явность, очевидность, большое количество связей с другими, возможность сравнения, убедительность воздействия, множественность критериев.

**САМОРАСКРЫТИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТА ПЕРЕД ПАЦИЕНТОМ** (self disclosure). Прием, описанный в 1958 г. Джуардом (Jourard S. M.), заключается в раскрытии психотерапевтом своей личности перед пациентом. Степень раскрытия может быть различной: от сообщения о себе отдельных демографических данных до полного самораскрытия, включая даже не связанные с процессом психотерапии переживания и проблемы.

Каждый поступок психотерапевта содержит в той или иной мере элемент самораскрытия. Важно эффективно использовать психотерапевтическое воздействие для реализации различных способов как преднамеренного, так и непроизвольного раскрытия. Вейнер (Weiner M. F., 1972) приводит классификацию типов самораскрытия в зависимости от определяющего аспекта: 1) чувства — в данном контексте они означают эмоциональную реакцию «здесь и теперь» на конкретного пациента или событие (например: «Вы мне нравитесь»); 2) аттитюды (к определенным явлениям) — повторяющиеся чувства в аналогичных ситуациях («Мне нравятся блондинки»); 3) мнения — суждение о пациенте или явлении («Вы можете нравиться»); 4) формулировки — обоснование суждения о пациенте в связи с его биографией («Вы нравитесь потому, что...»); 5) ассоциации — мысли, возникшие в связи с обсуждаемым моментом («Ваш поступок (или внешность) вызвал у меня воспоминание о...»); 6) фантазии — более сложные формы ассоциаций («Мысленно я представляю вас и его (ее) и то, как вы встречаетесь после этой беседы и обсуждаете...»); 7) пережитый опыт — реально обоснованная ассоциация, связанная с затронутой темой («Это напоминает мне то, что я пережил...»); 8) тело — мимика, жесты, телодвижения как невербальные типы самораскрытия, сопутствующие словам или заменяющие их; 9) история («Я родом из Нью-Джерси»); 10) отношение к окружающим («Я реагирую так же, когда моя жена... »); 11) окружающие («Моя жена...»).

Управляемое самораскрытие имеет место, когда психотерапевт выступает в качестве модели поведения для пациента. Самораскрытие может быть полезным и в случае признания психотерапевтом своих ошибок в применении тех или иных приемов, если это было замечено пациентом. Однако чрезмерное увлечение самораскрытием может причинить ущерб процессу психотерапии. Самораскрытие психотерапевта противопоказано, если оно несвоевременно, в частности если «Я» больного является недостаточно зрелым или если у больного негативное эмоциональное отношение к психотерапевту. В этих случаях пациент может использовать раскрытие врача для его дискредитации как *сопротивление* психотерапии.



Самораскрытие психотерапевта может быть применено с учетом соответствующей потребности пациента в определенный момент и в условиях контролируемой спонтанности. С помощью самораскрытия психотерапевт может успокоить и эмоционально поддержать, внушить и интерпретировать, создать чувство взаимопонимания, предоставить пациенту модель собственного поведения для идентификации.

С. п. п. используется для углубления психологического контакта с пациентом на относительно поздних этапах психотерапевтического процесса. Для оценки степени самораскрытия психотерапевта в психотерапевтическом отношении с определенным пациентом разработаны специальные психодиагностические инструменты. Наиболее известен опросник Джуларда (1958).

**САМОУПРАВЛЯЕМАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА** (self-help group, consciousness-raising group). Группа, проводящая занятия без руководителя-профессионала.

Можно выделить 3 типа С. п. г.:

1. Группы, возглавляемые лидером-непрофессионалом, претендующим на роль психотерапевта и учителя-гуру. Нередко занятия в таких группах сопровождаются негативными эффектами для участников, в том числе и для лидера. В нашей стране игнорирование *групповой динамики* в таких группах зачастую сочетается с некритичным использованием восточно-ориентированных приемов.

2. Группы с лидером-непрофессионалом или без лидера (*liderless group*), не ставящие перед собой *психотерапевтических целей* и объединенные общей проблемой. Типичным примером являются организации «Анонимных алкоголиков». Подобные группы могут объединять женщин с трудностями в семейных отношениях или эмигрантов с проблемами адаптации. Они эффективно выполняют функцию социотерапевтических клубов и групп поддержки, могут способствовать психопрофилактической подготовке или развитию общегуманистических ценностей участников (типичный пример — групповые встречи).

Интересным примером реализации психопрофилактических целей являются группы ко-консультирования (*co-consulting*). Зародившиеся в США по инициативе менеджера Джекинса (Jackins H.), в настоящее время сообщества ко-консультантов-непрофессионалов существуют в 65 странах. Обучение ко-консультированию проводится в группе в течение 10 недель, в дальнейшем формируются пары, встречающиеся регулярно каждую неделю несколько лет. Во время встреч партнеры попеременно в течение часа выступают в качестве ко-консультанта. Применяемые катарсические и парадоксальные гештальт-приемы способствуют эмоциональной разрядке и переоценке жизненных стереотипов и событий прошлого. *Интерпретации* и советы не используются. Центральная гуманистическая идея ко-консультирования может быть иллюстрирована цитатой из Джекинса: «Каждый человек в любой момент прошлого всегда делал все, что от него зависело, и поэтому не заслуживает ни упреков, ни обвинений ни от кого, включая самого себя».

3. Перебегающие встречи (*alternate meeting, coordinated meeting*) — планируемые или регулярно включаемые в расписание работы *психотерапевтической группы* встречи без психотерапевта, перемежающиеся с встречами, проводимыми им. Такой порядок встреч, как существенный элемент *групповой психотерапии*, был впервые предложен Вольфом (Wolf A.). Надо отметить, что большинство отечественных *групповых психотерапевтов* настороженно относятся к встречам группы без их участия и скептически — к опыту работы групп без профессионального ведущего.

**СВОБОДНЫЕ АССОЦИИИ.** При использовании в качестве специального термина «С. а.» означает способ мышления пациента, поощряемый предписанием аналитика подчиняться «основному правилу», т. е. свободно, без утаивания высказывать свои мысли, не пытаясь при этом сосредоточиться; отправляясь либо от какого-то слова, числа, образа сновидения, представления, либо самопроизвольно (Райкрофт Ч., Лапланш Дж., Понталис Дж. Б., 1996).

Правило С. а. является опорой всей психоаналитической техники и часто определяется в литературе как «основное, фундаментальное» правило. Точно указать дату этого открытия невозможно. Фрейд (Freud S.) шел к нему постепенно — между 1892-1898 гг. — и различными путями. Фрейд (1931) в письме Цвейгу (Zweig S.) отметил, что техника С. а. рассматривалась многими как самое важное достижение *психоанализа*. Джонс (Jones E., 1954) считает разработку метода С. а. «одним из двух величайших деяний научной жизни Фрейда; другим является *самоанализ*, благодаря которому он научился исследовать сексуальную жизнь ребенка, включая знаменитый *эдипов комплекс*».

Ассоциации рассматриваются в качестве индикаторов этих целенаправленных идей и фантазий, которые не могут быть постигнуты пациентом без интерпретирующей помощи аналитика, так как они находятся в психодинамическом бессознательном. Фрейд использовал два немецких слова, «Einfall» и «Assoziation», очень различных по смыслу, но которые обычно переводятся на английский язык как «association» (ассоциация), а часто и в немецком употребляются как синонимы. Хорошая «Einfall» (внезапно возникшая мысль, идея) содержит в себе творческое начало, в то время как слово «Assoziation» подчеркивает связь. По крайней мере в субъективном опыте «Einfall» является выражением мыслительного процесса, который ведет к новой конфигурации. «Assoziationen» пациента, однако, собираются в единое осмысленное целое аналитиком. «Einfall» обладает интегрирующей функцией, которая близко подводит к *инсайту*.

Техника С. а. (Райкрофт Ч., 1995) основывается на трех положениях: а) мысль склонна следовать в направлении того, что значимо; б) потребности пациента в лечении и *осознание*, что его лечат, направят его ассоциации на то, что значимо, за исключением тех ситуаций, когда действует *сопротивление*; в) сопротивление становится минимальным при расслаблении и максимальным при сосредоточенности. Именно принятие Фрейдом техники С. а. позволило ему отказаться от *гипноза* и проводить аналитическую работу с сопротивлением, проявляющимся во время аналитических сессий как неспособность пациента свободно ассоциировать. Обычно работа со С. а. начинается после того, как предварительное интервью будет завершено. В предварительном интервью аналитик оценивает способность пациента работать в психоаналитической ситуации. Часть этой работы состоит в определении эластичности Эго пациента, его способности восстанавливать душевные силы при колебаниях между более регрессивными функциями Эго, которые необходимы при свободном ассоциировании, и более развитыми функциями Эго, требующими понимания аналитических вторжений, ответов на прямые вопросы и резюмирования каждодневной жизни в конце сеанса (Томэ Х., Кёхеле Х., 1996).

Контекст, в котором пациент инструктируется о правиле С. а., требует специального внимания. Часто формальные моменты, связанные с лечением, а именно ограничительные соглашения об оплате, времени сеансов и выходных днях (обычно не вызывающие у большинства особенно приятных чувств), обсуждаются одновременно на одном и том же сеансе, что и фундаментальное правило. И фактически различные аспекты соглашения так тесно связываются, что правило С. а. очень часто ошибочно воспринимается почти как эквивалент контракту, подобно договоренностям о гонораре и процедуре, которой придерживаются в случае перерывов и пропуска сеансов. Тревога, уже имеющаяся у пациента, усиливаются из-за непривычной необходимости раскрывать свои самые главные тайны незнакомому человеку.

Фрейд (1916-1917) пытался с помощью анекдота пояснить, почему пациенту никогда нельзя позволять в виде исключения сохранять свои тайны: если бы возле церкви Св. Стефана было создано убежище для венских бродяг, то именно там они и оставались бы. Он не разрешал делать никаких исключений из фундаментального правила и заставлял своих пациентов соблюдать абсолютную честность. По его мнению, практика подтверждает, что делать исключения не имеет смысла.

А. Фрейд (Freud A.) считала решающим то, как пациент переживает правило С. а. Это переживание, очевидно, не предварительно существующая величина, а величина ситуативная и процессуальная: чем более священным выступает фундаментальное правило, тем сильнее противодействие. «Таким образом, нас интересует не соблюдение основного правила анализа ради него самого, а порождаемый им конфликт. Лишь тогда, когда наблюдение направлено поочередно то на Оно, то на "Я", а интерес раздвоен, охватывая обе стороны находящегося перед нами человека, мы можем говорить о психоанализе, отличающемся от одностороннего гипнотического метода» (Freud A., 1937).

Призыв к С. а., казалось бы, ведет к дилемме. В той мере, в какой пациент делает сознательные попытки свободно принимать решения, он может что-то сказать. Правило должно поощрять его отбросить сознательную селекцию в пользу спонтанной свободной игры мысли. Если же описываемые пациентом чувства и мысли рассматриваются с точки зрения их детерминации, они кажутся несвободными в том смысле, что они мотивированы. Пациент не может контролировать латентное содержание мотивации, так как развертывание бессознательных и предсознательных мыслей и желаний нарушается так называемой цензурой. Интерпретативная помощь в преодолении цензуры позволяет

пациенту осознать свою зависимость от бессознательных желаний, так же как и обогащение своих мыслей, в результате того, что он вновь получил к ним доступ. Таким образом, С. а. ведет к настоящему, кажущемуся даже неразрешимым логическому парадоксу, хотя она, конечно, отражает противоречия, присущие напряжению между зависимостью и автономией. Правило можно даже рассматривать как символ противоречия: мы становимся свободнее, когда примиряемся с нашей зависимостью от нашего тела, его потребностей и от близких и пр. (Томэ, Кёхеле, 1996).

Думающий пациент, у которого возникла случайная ассоциация, будет, когда говорит, отбрасывать или задерживать случайное слово или неясную мысль. Задержанный материал не потерян для С. а.; однако поведение весьма амбивалентного компульсивного больного неврозом показывает, что правила могут быть доведены *ad absurdum*. Действительно, две различные мысли не могут быть выражены одновременно.

Помимо влияния индивидуальной патологии пациента на понимание фундаментального правила важно рассмотреть, что вносит в понимание ими этого правила аналитик. Многие пациенты понимают С. а. как требование бессвязного, неупорядоченного или нелогического мышления или как их собственный монолог в присутствии молчащего аналитика.

Томэ, Кёхеле (1996) показывают, что знакомство с фундаментальным правилом часто приводит к недоразумениям, нуждающимся как в прояснении, так и в *интерпретации*. Если пациент реагирует на стимулирование аналитика монологом, то следует спросить, чем аналитик вызвал такую реакцию. Существуют анекдоты на эту тему. Лоуэнштейн (Loewenstein R.) сообщает о пациенте, который сказал: «Я собирался свободно ассоциировать, но я лучше скажу вам, что я на самом деле думаю». Способность пациента к С. а. может возрастать по мере продолжения лечения. Айсслер (Eissler K., 1963) указывает все же, что «сомнительно, чтобы кто-нибудь добивался соответствия этим требованиям полностью». Томэ, Кёхеле (1996) продолжают: «Мы даже не решаемся утверждать, что в конце лечения все пациенты будут давать более творческие и спонтанные ассоциации, чем в начале. Большая внутренняя свобода может проявляться по-разному в молчании, в речи и в действиях».

В ознакомлении пациента с фундаментальным правилом одной из напрашивающихся техник является использование метафор, которые могут увести от строго обязательного «вы должны сказать все» к внутренне свободному «вы можете сказать все». Насколько метафоры могут выполнить эту функцию, зависит от многих факторов, и не в последнюю очередь — от их семантического содержания.

Фрейд использовал метафору о путешествии на большое расстояние. «Вопрос "С какого материала начинать лечение?" в целом не имеет значения — будет ли это история жизни пациента, или история его болезни, или воспоминания детства. Следует позволить пациенту говорить и самому свободно выбрать, с какого места начать. Поэтому мы говорим ему: "Прежде чем я смогу что-то сказать вам, я должен многое о вас узнать. Пожалуйста, расскажите о себе". Единственное исключение — пациент должен соблюдать фундаментальное правило психоаналитической техники. Это следует сообщить ему в первую очередь: "Еще одна вещь, прежде чем вы начнете. То, что вы расскажете мне, должно в одном отношении отличаться от обычной беседы. Как правило, вы стараетесь провести связующую нить через все ваши рассуждения и исключаете побочные мысли, второстепенные темы, которые могут у вас возникнуть, чтобы не отойти слишком далеко от сути. Однако сейчас вы должны действовать иначе. Вы заметите, что в ходе рассказа будут появляться различные мысли, которые вы хотели бы отложить в сторону из-за критического к ним отношения и потому, что они вызывают возражения. Вы будете испытывать желание сказать себе, что то или иное не относится к делу, или совершенно не важно, или бессмысленно и потому нет необходимости об этом говорить. Вы никогда не должны поддаваться этой критической установке, наоборот, несмотря на нее, вы должны сказать это именно потому, что чувствуете отвращение к этому. Позднее вы увидите и научитесь понимать причину этого предписания, единственного, которому необходимо следовать. Так что говорите все, что бы ни приходило вам в голову. Действуйте так, как будто вы путешественник, сидящий у окна вагона и описывающий кому-то, находящемуся в глубине купе, сменяющиеся виды. И наконец, никогда не забывайте, что вы обещали быть абсолютно честным, и ничего не исключайте из-за того, что по той или иной причине об этом рассказывать неприятно"» (Freud S, 1913).

Эта метафора показывает, что подразумевается под словом «свободная», а именно не исключать чего-либо сознательно или намеренно. Большинство аналитиков не считают легким делом перевести

«священное правило» (Фрейд, 1916-1917) в продуктивную светскую форму. Каким образом пациент воспринимает то, что сказал аналитик, зависит от выбора как времени, так и слов. Чем больше Супер-Эго, тем меньше свободного ассоциирования.

Именно исходя из этой формулы целесообразно знакомить пациента с правилами шаг за шагом, уделяя особое внимание выбору времени, слов и прежде всего реакциям пациента. Все высказывания аналитика по поводу правил важны для трансферентных отношений, и то, как он реагирует на вопросы пациента, особенно о фундаментальном правиле, влияет и на *перенос*, и на рабочий альянс.

**СЕКТОРНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЙЧА.** Основным принципом предложенной Дойчем (Deutsch F., 1949) модели психотерапии с ограниченными целями является работа над неосознаваемыми факторами, влияющими на реальные аспекты, а не на саму ситуацию. Психотерапия фокусируется на ограниченных аспектах всей проблемы с целью достижения адаптации пациента в тех сферах жизни, с которыми он до этого не мог справиться. Используются искусственно вызванный положительный *перенос* и ассоциативный анамнез вместо *свободных ассоциаций*. Психотерапевт, разговаривая с больным, сосредоточивается преимущественно на симптомах и конфликтах, выделяет ключевые слова и фразы, сказанные пациентом и отражающие его базисные проблемы, подхватывает некоторые из них, использует их в беседе и наблюдает за реакцией больного. Эти ключевые слова и фразы, примененные врачом в качестве стимулирующего материала, обычно вызывают ответную реакцию в форме свободных ассоциаций. Задача психотерапевта — направлять эти ассоциации и поддерживать их постоянство. С помощью подобных приемов симптомы и актуальные конфликты приводятся в связь с более глубоко лежащими проблемами. Постоянные *конфронтации* психотерапевта в какой-то мере служат целям, на которые обычно направлены *интерпретации*: оживляются воспоминания, при этом привычные ассоциативные цепочки разъединяются и заменяются новыми. С помощью такой беседы психотерапевт нацеленно учит больного проводить различия между прошлым и настоящим его «Я», стимулируя его к коррекции своих защитных установок.

**СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи (Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976).

В последней четверти XIX в. возникло учение о «семейной диагностике» и «семейном лечении» (Маляревский И. В., 1886; Smith Z., 1890) различных психических расстройств. Подлинным основоположником С. п. в России и одним из первых в мире был И. В. Маляревский. В 1882 г. в Санкт-Петербурге он основал врачебно-воспитательное заведение для психически больных детей и подростков, персонал которого уделял большое внимание диагностике взаимоотношений в семьях психически больных, роли дисгармоничного воспитания в формировании тех или иных проявлений душевных болезней. С родственниками больных детей проводилось «семейное воспитание» — прообраз современной С. п.

Потребность населения в С. п. возростала во всех странах мира, особенно начиная с середины 40-х гг. XX в., после завершения Второй мировой войны (Spiegel J. P., Bell N. W., 1959), а в СССР — в 70-е гг. и после 1990 г. (Мягер В. К., 1976; Эйдемиллер Э. Г., 1994). В настоящее время выделяют несколько основных направлений в С. п.: психодинамическое (Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976; Костерева В. Я., 1979; Трегубов И. Б., 1987; Бабин С. М., 1996; Ackermann N. W., Franklin P. F., 1985), системное и стратегическое (Эйдемиллер Э. Г., 1990, 1994; Чаева С. И., 1992; Haley J., 1976; Minuchin S., Fishman H. S., 1981; Palazzoli M. S. et al., 1981; Burnham G., 1991), а также эклектическое (Эйдемиллер Э. Г., 1980; Захаров А. И., 1982).

Исторически первым в С. п. было психодинамическое направление, выросшее, как считают на Западе, из анализа Фрейдом (Freud S.) случая «маленького Ганса» (Sakamoto J., 1967). Известно, что отец Ганса вел дневник и писал Фрейду письма, в которых сообщал о процессе *интерпретаций* переживаний сына, страдающего навязчивым страхом перед лошадьми, а в ответ получал советы по проведению этой работы. Были сформулированы основные признаки психодинамического подхода: анализ исторического прошлого членов семьи, их неосознаваемых желаний, психологических проблем и взаимных проекций, пережитых на ранних этапах онтогенеза и воспроизводимых в актуальном опыте. Задачей психотерапии являлось достижение *инсайта* — осознание того, как нерешенные в прошлом проблемы влияют на взаимоотношения в семье в данный момент и как из этого нарушенного контекста

отношений возникают невротические симптомы и неконструктивные способы адаптации к жизни у некоторых ее членов. В настоящее время такой подход, требующий больших усилий как со стороны психотерапевта, так и со стороны членов семьи, огромных затрат времени, считается экономически менее целесообразным, но высокоэффективным.

Как показал состав участников 2-й международной конференции (Краков, 1990), 3-го (Юваскюля, 1991) и 6-го (Иерусалим, 1992) международных конгрессов по С. п., представителей психодинамического направления было 25%, а сторонников *системной семейной психотерапии* — около 60% от общего числа участников. Представители эклектического направления соединяют в психотерапевтической работе с семьями различные по лечебным механизмам методы: *гипноз, аутогенную тренировку, медитацию*, домашние задания по модификации поведения, анализ и интерпретацию взаимоотношений, *групповые дискуссии* и др.

В ходе С. п., продолжительность которой может колебаться от нескольких недель до нескольких лет, выделяют ряд этапов. Длительность С. п. обуславливается тяжестью психических расстройств у «носителя симптома», выраженностью межличностных конфликтов в семье, мотивацией членов семьи к достижению терапевтических изменений. Когда участники психотерапии спрашивали у Сатир (Satir V.): «Сколько будет длиться семейная психотерапия?», она отвечала: «Для того чтобы определить, в чем заключается ваша проблема, потребуется от 3 до 6 сессий продолжительностью в 1 час, а дальше вы сами решите, достаточно этого для вас или захотите продолжать работать со мной». Вначале С. п. проводится с частотой 1-2 сеанса в неделю, а затем встречи происходят 1 раз в 2 недели, а далее — 1 раз в 3 недели.

Часто в С. п. выделяются 4 этапа (Эйдемиллер Э. Г., 1976; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1989):

- 1) диагностический (семейный диагноз),
- 2) ликвидация семейного конфликта,
- 3) реконструктивный,
- 4) поддерживающий.

Под семейным диагнозом понимается типизация нарушенных семейных отношений с учетом индивидуально-личностных свойств членов семьи и характеристик болезни одного из них (Мишина Т. М., 1983). Диагностика семейных отношений осуществляется в процессе присоединения к семейной группе психотерапевта, выдвигающего и проверяющего проблемные диагностические гипотезы. Особенность процедуры семейной диагностики заключается в том, что она носит сквозной характер, т. е. сопровождает С. п. на всех этапах и предопределяет выбор психотерапевтических техник. Другая особенность диагностики семейных отношений заключается в стереоскопическом ее характере. Это означает, что в случае, если информация о происходящем получена от одного из членов семьи, на односторонних встречах, то она должна быть сопоставлена с информацией от других членов семьи и тем впечатлением, которое сложилось у психотерапевта на основании расспроса и наблюдения за поведением участников процесса психотерапии («семья глазами ребенка», «семья глазами родителей», «семья глазами психотерапевта», «какие мы на самом деле»). На втором этапе в ходе односторонних встреч психотерапевта с пациентом и членами его семьи осуществляется выявление и *кларификация* истоков семейного конфликта и ликвидация его посредством эмоционального отреагирования каждого члена семьи, вовлеченного в конфликт, в результате установления адекватного контакта с психотерапевтом. Психотерапевт помогает участникам конфликта научиться говорить на языке, понятном всем. Кроме того, он берет на себя роль посредника и передает в согласованном объеме информацию о конфликте от одного члена семьи к другому. Невербальный компонент этой информации может быть транслирован психотерапевтом на сеансе совместной встречи, для чего используется прием «робот-манипулятор». Выслушав противоречивое сообщение участника сеанса, психотерапевт переводит его на язык жеста, а экспрессивность жеста соотносит с чувствительностью и толерантностью участников. Таким образом, на этой стадии ведущими оказываются следующие психотерапевтические методы: недирективная психотерапия, нацеленная в основном на *вербализацию* неосознаваемых отношений личности, а также специально разработанные методы воздействия членов семьи друг на друга (попытка установить контакт и добиться эффекта, влияя в иерархизированном порядке на различные стороны личности участников) (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1999). На этапе

реконструкции семейных отношений осуществляется групповое обсуждение актуальных семейных проблем либо в отдельно взятой семье, либо в параллельных группах пациентов со сходными проблемами и их родственников. В этих же группах проводится ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам *конструктивного спора*. На поддерживающем этапе, или этапе фиксации, в естественных семейных условиях закрепляются навыки эмпатического общения и возросший диапазон ролевого поведения, приобретенные на предыдущих этапах, заслушиваются ответы о динамике внутрисемейных отношений, проводятся консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

Выделение этапов позволяет структурировать процесс С. п., обосновывает последовательность применения тех или иных психотерапевтических методов в зависимости от целей и объема диагностических сведений. По Э. Г. Эйдемиллеру, В. В. Юстицкису, понятие «этап С. п.» и выбор адекватной ему психотерапевтической методики — взаимосвязанные между собой явления. К психотерапевтическим приемам, наиболее часто применяемым в С. п., относятся следующие (Мишина Т. М., 1983):

- 1) эффективное использование молчания,
- 2) умение слушать,
- 3) обучение с помощью вопросов,
- 4) повторение (резюмирование),
- 5) суммарное повторение,
- 6) уточнение (прояснение) и отражение аффекта,
- 7) *конфронтация*,
- 8) проигрывание ролей,
- 9) создание «живых скульптур»,
- 10) анализ видеомagneтофонных записей (Perrez М., 1979).

Сторонники расширенного понимания содержания С. п. считают, что любое индивидуальное психотерапевтическое воздействие на членов семьи, преследующее цель позитивного влияния на семью в целом, можно расценивать в качестве одного из вариантов С. п. (Bach O., Scholz M., 1980; Kratochvil S., 1985). Это допущение оказывается справедливым, если, выслушивая пациента и выдвигая гипотезу о семейном диагнозе, психотерапевт мыслит категориями целостной семейной структуры и, «следовательно, предварительно оценивает, как то или иное воздействие отражается на семейных взаимоотношениях в целом» (Столин В. В., 1981). Кроме того, смысл принципа системности проявляется в свете идеи о «круговой причинности» в семье, т. е. о взаимодетерминированности личности и межличностных отношений, согласно которой стиль общения, характер взаимодействия, тип воспитания, с одной стороны, и личностные особенности членов семьи — с другой, образуют замкнутый, постоянно воспроизводящийся гомеостатический цикл (Andolfi M., 1980). С. п. является попыткой разрушения этого цикла и создания конструктивных альтернатив семейного функционирования.

**СЕМЕЙНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ.** С. к. является разновидностью *семейной психотерапии*, имеющей свои отличительные признаки, границы и объем интервенции. С. к. развивалось параллельно с семейной психотерапией, и они взаимно обогащали друг друга.

С. к. ставит своей целью совместное с консультантом изучение запроса (проблемы) члена (членов) семьи для изменения ролевого взаимодействия в ней и обеспечения возможностей личностного роста. Принципиальное отличие С. к. от психотерапии заключается в отказе от концепции болезни, в акценте на анализе ситуации, аспектов ролевого взаимодействия в семье, в поиске личностного ресурса субъектов консультирования и обсуждении способов разрешения ситуации — «всеера решений». Многообразие приемов и методов С. к. обусловлено различными теоретическими концепциями, среди которых ведущими в настоящее время являются *когнитивно-поведенческая психотерапия*, в том числе *рационально-эмоциональная психотерапия*, системное и эмпирическое направления (Минухин (Minuchin S.), Сатир (Satir V.) и др.). Э. Г. Эйдемиллер (1994) приводит основные принципы и правила С. к.

1. Установление контакта и присоединение консультанта к клиентам. Достигается с помощью соблюдения конструктивной дистанции, помогающей оптимальному общению, приемов мимезиса,

синхронизации дыхания консультанта и «заявителя» проблемы, использования предикатов речи, отражающих доминирующую репрезентативную систему того, кто сообщает о семейной проблеме.

2. Сбор информации о проблеме клиента с использованием приемов метамоделирования и терапевтических метафор. Субъективизации *психотерапевтической цели* способствуют такие вопросы: «Чего вы хотите?», «Какого результата вы хотите достигнуть?», «Пожалуйста, попробуйте сказать об этом без отрицательной частицы "не", терминами положительного результата».

3. Обсуждение *психотерапевтического контракта*. Эта часть С. к. признается многими специалистами как одна из самых важных. Обсуждается распределение ответственности: консультант обычно отвечает за условия безопасности С. к. и технологии доступа к разрешению проблемы клиента, а последний — за собственную активность, искренность, желание изменить свое ролевое поведение и др. Затем участники С. к. договариваются о продолжительности работы (в среднем общее его время 3-6 часов) и длительности одного сеанса. Обсуждается периодичность встреч: обычно вначале 1 раз в неделю, далее 1 раз в 2-3 недели. Важной стороной в С. к. является обсуждение условий оплаты либо предоставление клиенту информации о том, сколько С. к. может стоить, если осуществляется в бюджетном муниципальном учреждении, так как это способствует усилению мотивации клиентов к терапевтическим изменениям. Необходимо также оговорить возможные санкции за нарушения сторонами условий контракта.

4. Следующий шаг в процедуре С. к. — уточнение проблемы клиента с целью максимальной ее субъективизации и определение ресурсов семьи в целом и каждого ее члена в отдельности. Этому помогают вопросы типа: «Как раньше вы справлялись с трудностями, что вам помогало?», «В каких ситуациях вы были сильными, как вы использовали свою силу?».

5. Проведение собственно консультации. Необходимо укрепить веру клиентов в успешность и безопасность процедуры консультирования: «Ваше желание осуществить изменения, ваш прежний опыт, активность и искренность в сочетании с желанием консультанта сотрудничать с вами, его профессиональные качества и опыт будут надежной гарантией успешности работы». С участниками консультирования обсуждают положительные и отрицательные стороны сложившихся стереотипов поведения, например, с помощью таких вопросов: «Что, по вашему мнению, самое плохое в сложившихся обстоятельствах?», «Что самое хорошее в обсуждаемой ситуации?» Осуществляется совместный поиск новых шаблонов поведения — «веера решений». Консультант предлагает следующие вопросы: «Чего вы еще не делали, чтобы решить проблему?», «Как вели себя значимые для вас люди, оказавшись в сходной ситуации? А вы так смогли бы поступить?», «Что вам поможет совершить такой же поступок?». Можно использовать приемы визуализации: клиенты, находясь в трансе (а этому способствует «точное следование по маршруту проблемы заявителя»), создают образ новой ситуации и фиксируют возникающие при этом кинестетические ощущения.

6. Этот шаг С. к. называется «экологической проверкой» (Bandler R., Grinder J., 1995). Консультант предлагает членам семьи представить себя в сходной ситуации через 5-10 лет и исследовать свое состояние.

7. Приближаясь к завершению С. к., консультант предпринимает усилия по «страхованию результата». Это связано с тем, что иногда клиенты нуждаются в действиях, помогающих им обрести уверенность при освоении новых шаблонов поведения. Они могут получить от консультанта какое-нибудь домашнее задание и приглашение прийти на повторную консультацию спустя какое-то время для обсуждения полученных результатов.

8. В ряде случаев необходимо провести процедуру «отсоединения». Она может произойти автоматически при сравнении клиентами заявленной цели и обретенного результата, но иногда консультант вынужден стимулировать отсоединение (Эйдемиллер Э. Г, 1994; Haley J., 1976). Хейли с этой целью часто использует «парадоксальные задания», точное выполнение которых приводит к прямо противоположному результату. К примеру, молодым супругам, которые консультировались по поводу того, как выражать свои чувства — открыто или сдерживать их, было предложено такое задание: «На протяжении недели ссорьтесь по одному часу в сутки с целью проверки своего эмоционального реагирования». При этом Хейли учитывал человеческую природу: никто сознательно не будет делать себе и другому что-то во вред. У супругов, которые попробовали выполнять это задание и бросили его, наоборот, укрепилось желание ценить друг друга, и они приняли решение отказаться от услуг

«странного» консультанта.

В настоящее время С. к. является наиболее востребованным населением России видом психотерапевтической помощи. Помимо здравоохранения семейные консультанты появились в системе образования — в психологических центрах, непосредственно в школах, в консультациях, действующих в системе министерства социальной защиты и комитетов по охране семьи и детства, а также в других учреждениях.

**СЕМЕЙНЫЕ МИФЫ.** Термин, предложенный Феррейрой (Ferreira A. J., 1966), означает определенные защитные механизмы, используемые для поддержания единства в дисфункциональных семьях.

Синонимами С. м. являются понятия «верования», «убеждения», «семейное кредо», «ролевые экспектации», «согласованная защита», «образ семьи, или образ "Мы"», «наивная семейная психология» и др. (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999).

С. м. исследуются клиническим и экспериментально-психологическим методами в рамках психоаналитического понимания защитных механизмов, теории ролевого взаимодействия, когнитивной психологии и *когнитивно-поведенческой психотерапии*. Т. М. Мишина (1983) первой ввела понятие «образ семьи, или образ "Мы"», под которым имела в виду целостное, интегрированное образование — семейное самосознание. Одной из наиболее важных функций семейного самосознания является целостная регуляция поведения семьи, согласование позиций отдельных ее членов. Адекватный образ «Мы» определяет стиль жизни семьи, в частности супружеские отношения, характер и правила индивидуального и группового поведения. Неадекватный образ «Мы» — это согласованные селективные представления о характере взаимоотношений в дисфункциональных семьях, создающие для каждого члена семьи и семьи в целом наблюдаемый публичный образ — С. м. Цель такого мифа — закомуфлировать те неудовлетворенные потребности, конфликты, которые имеются у членов семьи, и согласовать некие идеализированные представления друг о друге. Для гармоничных семей характерен согласованный образ «Мы», для дисфункциональных — С. м.

Под С. м. многие авторы понимают определенное неосознаваемое взаимное соглашение между членами семьи, функция которого состоит в том, чтобы препятствовать *осознанию* отвергаемых образов (представлений) о семье в целом и о каждом ее члене. Выделяются такие мифы, как «проекция», «отказ», «расщепление», некоторые когнитивные селективные сценарии, описанные в «наивной семейной психологии», определенного содержания С. м., которые особенно часто встречаются в дисфункциональных семьях современной России (Мишина Т. М., 1983; Эйдемиллер Э. Г., 1994). Механизм *психологической защиты* — «расщепление» выступает в 2 формах. Первая встречается, когда супруги имеют сходные личностные проблемы. При этом «отвергаемые стороны» представлений о себе каждого из супругов проецируются ими за пределы семьи и солидарно не принимаются обоими супругами. Например, супруги с вытесняемыми сексуальными импульсами, испытывающие неосознаваемое беспокойство в связи со своими сексуальными потребностями, склонны создавать миф «мы чистые, идеальные люди», а других людей считать грязными, распущенными и распространять эту оценку на моральные устои всего общества. При второй форме расщепления речь идет о ситуации, когда один из супругов ищет в другом те качества индивида, которые бессознательно воспринимаются им как символ подавленных аспектов собственной личности. Суть взаимного запретного соглашения состоит в том, что каждый из партнеров неосознанно поддерживает в своем супруге проявление тех качеств, которые он как бы не признает в себе. Из-за этого вместо гармоничного согласия, в частности по вопросам сексуальной приемлемости, у одного из партнеров возникает стремление поощрять другого партнера на те формы поведения, которые он сам боится реализовать. В этой ситуации поиск путей к удовлетворению своих сексуальных потребностей сопровождается переживанием неуверенности, тревоги и вины.

Когнитивные аспекты восприятия членами семьи, создание согласованных представлений о семейном функционировании, базирующихся на когнитивных семейных сценариях, с помощью которых поддерживается семейное единство, рассматриваются в рамках когнитивной психологии и когнитивно-поведенческой психотерапии (Ellis A., 1977, 1981, и др.). Когнитивные семейные ситуации — довольно долго существующий, динамичный и резистентный к интерференции образец деятельности или реагирования у лиц в определенном семейном контексте. Он развивается сам благодаря



дифференциации и интеграции уже имеющихся элементов (установок, предписаний и убеждений, эмоционально-поведенческих реакций и др.) и может быть актуализирован по потребности при меняющемся характере взаимодействий двух индивидов, личности и требований, семьи и среды.

По Э. Г. Эйдемиллеру (1995), наиболее частыми в дисфункциональных семьях являются следующие С. м.: «Мы такая отличная семья, но другим не дано этого понять», «Он такой поганец (о своем ребенке), что не стоит нашей заботы», «Он очень чувствительный (ребенок, больной член семьи) и требует особого отношения; мы живем для него». Подобные С. м., предъявляемые окружающим (учителям, знакомым, психотерапевту), предполагают и определенную структуру семейных ролей: «семья с кумиром», «семья с больным членом», «козел отпущения» и др. В основе этих мифов лежат неосознаваемые эмоции, определенным образом соединяющие членов семьи: вина, эмоциональное отвержение, страх перед ответственностью выступать в определенной семейной роли. Адекватный образ «Мы» способствует целостной регуляции поведения членов (элементов) в динамичной системе семейного контекста, а неадекватный принимает форму С. м., способствующую поддержанию дисфункциональных отношений в семье, в результате чего потребности ее членов в росте и изменении, в *самоактуализации* и кооперации оказываются неудовлетворенными, а семья в целом ригидно воспроизводит свой прошлый опыт, мало учитывая изменения в большой системе — обществе.

**СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Наряду с каузальной (причинной, патогенетической) психотерапией С. п. является неотъемлемой частью индивидуальных психотерапевтических программ. К С. п. относятся направления, методы, формы и технические приемы, ориентированные непосредственно на устранение или ослабление симптоматики заболевания. Этим С. п. отличается, например, от *личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова*, позволяющей реализовать каузальный подход к пониманию и ликвидации причин и механизмов болезни, а также других методов каузальной психотерапии (*рационально-эмоциональной психотерапии, когнитивной психотерапии, психоаналитической психотерапии, классического психоанализа* и др.).

По целям проведения С. п. может быть ориентирована на устранение ключевого симптома заболевания, на улучшение общего состояния пациента, на установление контроля над физиологическими функциями и управление ими, на оптимизацию поведения. Другие виды С. п. предполагают большую центрированность ее методов на различные сферы личностного функционирования, например С. п., направленная на когнитивные компоненты личности, в большей степени затрагивающая эмоциональные процессы, влияющие на поведение.

В качестве С. п. могут выступать самостоятельные методы, технические приемы различных методов психотерапии и их сочетания, ориентированные в системе конкретной индивидуальной психотерапевтической программы на симптоматическое воздействие.

Для устранения основных симптомов заболевания или улучшения общего состояния в практике российских психотерапевтов традиционно применяются различные варианты *гипнотерапии*, косвенного и вооруженного внушения (*иглорефлексотерапия, методика «маска»*), *платцебо-терапия*, *аутогенная тренировка*.

В последнее время значительное распространение получили *нейролингвистическое программирование* и *психосинтез*.

Для С. п., предполагающей активизацию когнитивного компонента личности, используется *рациональная психотерапия*, целью которой является логическое переубеждение пациента, а также различные варианты разъяснительной психотерапии (Давиденков С. Н., 1956).

К группе методов С. п., центрированных на эмоциональной стороне личности, можно отнести различные варианты *катарсической психотерапии*, методики *внушения наяву* и в гипнотическом состоянии, *гипносуггестивную эмоционально-стрессовую психотерапию Рожнова*, приемы и техники *гештальт-терапии* и др.

К методам, направленным на изменение поведения, относятся различные варианты *поведенческой психотерапии*, некоторые методики *аутогенной тренировки*, *тренинг биологической обратной связи*, поведенческое моделирование с использованием видеообратной связи, техники *нейролингвистического программирования, социодрама* и др. В наркологии используются специфические методики *аверсивной* и *условно-рефлекторной психотерапии*.

Выбор методики С. п. определяется особенностями личности пациента, его мировоззрением и предпочтениями, внутренней картиной болезни, характером течения заболевания, а также этапом его развития, возможностями психотерапевтической службы, содержанием индивидуальной психотерапевтической программы.

При неврозах С. п. проводится в сочетании с личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапией Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова, что отражает интегративный характер современной психотерапии, когда оба подхода взаимно дополняют друг друга.

При других пограничных состояниях, а также алкогольной зависимости С. п. из-за неясности патогенеза этих заболеваний зачастую является значимым направлением психотерапии и может сочетаться с биологической терапией и другими мероприятиями.

Все более важную роль С. п. играет при лечении психических заболеваний. Задачей ее в этих случаях является стабилизация ремиссии, содействие в реабилитации пациентов.

**СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СГОРАНИЯ.** Специфический вид профессиональной деформации лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с клиентами и пациентами, при оказании профессиональной помощи.

Термин «burnout» («эмоциональное сгорание») был предложен американским психиатром Фрейденбергом (Freidenberg H. G.) в 1974 г. При переводе английского термина «burnout» на русский язык отечественными авторами использовались два варианта перевода: «эмоциональное перегорание» и «эмоциональное сгорание».

В. В. Бойко указывает, что С. э. с. — это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на определенные психотравмирующие воздействия. Маслах (Maslach S.), одна из ведущих специалистов по исследованию С. э. с., детализирует проявления этого синдрома:

- 1) чувство эмоционального истощения, изнеможения (человек не может отдаваться работе так, как это было прежде);
- 2) дегуманизация (тенденция к развитию негативного отношения к пациентам);
- 3) негативное самовоспитание в профессиональном плане — недостаток чувства профессионального мастерства.

После того как феномен стал общепризнанным, закономерно возник вопрос о факторах, играющих существенную роль в С. э. с. — личностном, ролевом и организационном.

Личностный фактор. Проведенные исследования показали, что такие переменные, как возраст, семейное положение, стаж данной работы, не связаны с уровнем С. э. с. Так, показано, что у женщин в большей степени развивается эмоциональное истощение, чем у мужчин, отсутствует связь мотивации и развития С. э. с. (удовлетворенность оплатой труда) при наличии корреляций со значимостью работы как мотивом деятельности, удовлетворенностью профессиональным ростом. Испытывающие недостаток автономности («сверхконтролируемые») более подвержены «сгоранию».

Фрейденберг описывает «сгорающих» как сочувствующих, гуманных, мягких, увлекающихся, идеалистов, ориентированных на людей, и — одновременно — неустойчивых, интровертированных, одержимых навязчивыми идеями (фанатичные), «пламенных» и легко солидаризирующихся. Махер (Maher E.) пополняет этот список «авторитаризмом» и низким уровнем *эмпатии*. В. В. Бойко указывает следующие личностные факторы, способствующие развитию С. э. с: склонность к эмоциональной ригидности, интенсивная интериоризация (восприятие и переживание) обстоятельств профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности.

Ролевой фактор. В обследовании психотерапевтов получены значимые корреляции между ролевой конфликтностью, ролевой неопределенностью и «сгоранием». Работа в ситуации распределенной ответственности ограничивает развитие С. э. с., а при нечеткой или неравномерно распределенной ответственности за свои профессиональные действия этот фактор резко возрастает даже при существенно низкой рабочей нагрузке. Способствуют развитию С. э. с. те профессиональные ситуации, при которых совместные усилия не согласованы, нет интеграции действий, имеется конкуренция, в то время как результат зависит от слаженных действий.

Организационный фактор. Развитие С. э. с. связано с наличием хронической напряженной

психоэмоциональной деятельности: интенсивное общение, подкрепление его эмоциями, интенсивное восприятие, переработка и *интерпретация* получаемой информации и принятие решений. Другой фактор развития С. э. с. — дестабилизирующая организация деятельности и неблагоприятная психологическая атмосфера. Это нечеткая организация и планирование труда, недостаточность необходимых средств, наличие бюрократических моментов, многочасовая работа, имеющая трудноизмеримое содержание, наличие конфликтов как в системе «руководитель—подчиненный», так и между коллегами. Выделяют еще один фактор, обуславливающий С. э. с., — наличие психологически трудного контингента, с которым имеет дело профессионал в сфере общения (тяжелые и умирающие больные, работа с тяжелыми психическими отклонениями, эмоциогенный характер работы с детьми, страдавшими различными заболеваниями).

Большинство исследователей акцентируют внимание на фазах С. э. с., которые рассматриваются с позиций стресса Селье (Selye H.).

I фаза — «напряжения». Наличие тревожного напряжения, которое служит предвестником и запускающим механизмом в формировании С. э. с. и сопровождается ощущением тревожности, снижением настроения, по данным Н. В. Козиной (1998), отмечено у 50% врачей-психотерапевтов. В качестве основных причин, провоцирующих развитие С. э. с., у врачей-психотерапевтов установлены прежде всего профессиональные факторы: это трудноизмеримое содержание работы, наличие психоэмоциональных перегрузок, отсутствие четких обязанностей, свойственных для работы психотерапевта. Наличие таких личностных факторов, как повышенная ответственность, высокая степень эмоциональной вовлеченности в проблемы пациентов, характерные для врачей-психотерапевтов, по-видимому, могут способствовать увеличению напряжения как «запускающего» механизма формирования С. э. с.

При рассмотрении отдельных симптомов этой фазы наиболее высокими являются показатели по симптому «переживания психотравмирующих обстоятельств». Данный симптом проявляется в *осознании* психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, невозможности что-либо изменить, накоплении раздражения и отчаяния. Второе место по степени выраженности занимает симптом «тревога, депрессия». Этот симптом обнаруживается в связи с профессиональной деятельностью в особо осложненных обстоятельствах, побуждающих к эмоциональному сгоранию как средству *психологической защиты*.

II фаза — «сопротивления». Действие этой фазы прослеживается с момента появления напряжения, как только человек начинает осознавать его наличие, он стремится избежать действия эмоциональных факторов с помощью полного или частичного ограничения эмоционального реагирования в ответ на конкретные психотравмирующие воздействия.

Ограничения диапазона и интенсивности включения эмоций в процессе профессионального общения отмечены у 81,2% врачей-психотерапевтов, причем у 25% из них наблюдалась сформировавшаяся фаза сопротивления, т. е. близкая к тотальной редукции эмоций. Степень ограничения эмоционального реагирования значительно превышала имеющееся напряжение, что свидетельствует как о высокой степени психологической защиты, так и о наличии неадекватной «экономии эмоций», ограничении эмоциональной отдачи, упрощении и сокращении процесса общения между врачом-психотерапевтом и пациентом.

Одним из доминирующих симптомов этой фазы является симптом «неадекватного избирательного реагирования». Для таких лиц характерен профессиональный навык экономии эмоций, ограничение эмоциональной отдачи за счет выборочного, менее интенсивного реагирования в ходе рабочих контактов, что свидетельствует о высоком уровне профессионализма. Второй доминирующий симптом «редукции профессиональных обязанностей» также достаточно выражен у врачей-психотерапевтов, т. е. для них характерно использование в профессиональной деятельности упрощения процесса общения, стремление облегчить, сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат.

III фаза — «истощения». Характеризуется падением общего энергетического тонуса. Эмоциональная защита в форме С. э. с. становится неотъемлемым атрибутом личности. Наличие эмоционального истощения отмечено у 18,7% врачей-психотерапевтов, причем выраженная степень эмоционального истощения («эмоциональное сгорание») — у 6,2% врачей-психотерапевтов.

Доминирующих симптомов в этой фазе не было.

Установлена положительная зависимость между уровнем эмпатии и симптомом «переживания психотравмирующих обстоятельств», между уровнем эмпатии и симптомом «тревоги и депрессии». Следовательно, наличие таких личностных качеств, как склонность к сочувствию, гуманность, сенситивность, увлеченность и одновременно неустойчивость, импульсивность, характерные для лиц с высокой эмпатией, являются предрасполагающими к формированию С. э. с. Напротив, симптомы «эмоционально-нравственной дезориентации», т. е. отсутствие нравственных чувств, ориентация на личные предпочтения свойственны лицам с низкой эмпатией. Высокий уровень эмпатии отрицательно коррелирует с синдромом «личностной отстраненности», не позволяя личности профессионально «очерстветь».

Таким образом, для врачей-психотерапевтов характерно наличие высокого уровня эмоционального напряжения, но благодаря высокой способности к сопереживанию, сочувствию, а также использованию различных способов совладания им удается избежать появления эмоционального истощения.

В различных направлениях психотерапии для оптимизации процесса взаимоотношения врача-психотерапевта и больного в последние десятилетия получили распространение разные виды тренинговых методов подготовки и совершенствования психотерапевтов: интерперсональный вариант *тренинга*, терапевтический тренинг, *балнтовские группы*, котерапевтическая и супервизорская модели.

Тренинговые занятия способствуют выработке необходимых для успешной работы врачей-психотерапевтов личностных качеств и предотвращения профессиональной их деформации, в частности в виде С. э. с.

**СИНТЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Понятие, которое встречается в психотерапевтической литературе, в частности в книге «Психотерапия» известного чешского психотерапевта Кратохвила (Kratochvil S., 1987). Он сближает это понятие с комплексной, *интегративной психотерапией*, подчеркивает его значение в эмпирическом и научно-познавательном планах. Эмпирический подход вытекает из практики психотерапевтической деятельности, использующей в лечении пациента все доступные знания разных школ. Научный подход стремится к синтезу уже существующих и научно разрабатываемых методов психотерапии. Здесь мы встречаемся с рядом гипотез:

- 1) при всех подходах есть общий изначальный фактор, который следует выявить и синтетически квалифицировать;
- 2) при различных подходах могут быть и разные изначальные факторы, которые могут привести к одной цели разными путями;
- 3) существуют различные изначальные факторы, которые необходимо учитывать в исследовании определенных признаков и проблем у конкретного пациента, но которые малопригодны в других случаях, когда требуется выявление и учет иных факторов.

Эти 3 гипотезы друг друга не исключают. Разработка понятия С. п. требует опоры на знание основных неспецифических признаков, имеющих в различных психотерапевтических направлениях. В описании их Кратохвил ссылается на работу Франка (Frank J. D., 1973). Последний указывает 4 таких признака:

1. Взаимоотношения пациента и психотерапевта в контексте диадных отношений. Важной чертой их является вера пациента в знания психотерапевта и в его возможность помочь ему. Пациент должен верить, что психотерапевт заботится о нем и о выполнении стоящих перед ним задач. Это не обязательно «согласие» врача с пациентом, а скорее намерение психотерапевта оказывать помощь пациенту независимо от состояния последнего. Психотерапевт должен внушить больному уверенность в том, что он справится со своими проблемами и что он (психотерапевт) принимает пациента таким, каким он может стать.

2. Раздел терапии, направленный на усиление ожиданий пациента. Лечебные процедуры проводятся в специальных помещениях, в местах, имеющих «подлинную ауру», «провоцирующую» пациента на активизацию терапевтического сотрудничества с психотерапевтом. Пациент волен выражать свои чувства, эмоционально участвовать в лечебной процедуре, он должен постоянно быть

уверен в том, что его никто не принуждает к тому, что он будет делать во время лечения.

3. Разъяснение понятий «здоровье» и «болезнь», «нормальное» и «болезненное состояние». Эти разъяснения помогают пациенту разобраться в своих симптомах. Такой вид помощи с позиций «философии жизни» квалифицируется как частично оптимистический, а не как ведущий к деморализации больного.

4. Подход к теории. Некоторые подходы детально направляют деятельность пациента, другие поощряют его инициативу. Хорошо, если пациент признает свои ошибки и постарается их исправить, что потребует от него определенных усилий и обязательств. Активное участие психотерапевта и пациента в этом процессе служит основой их отношений и влияния врача на лечебный процесс. Их деятельность при каждом подходе может быть специфически разной, однако функции их неизменны.

Указанные 4 признака психотерапии, по Франку, влияют на пациента несколькими путями:

1) усиливают стремление к *научению* на когнитивном и бытовом уровнях, способствуют детальному объяснению затруднений; психотерапевт (а в группе — и ее члены) служит образцом альтернативных способов преодоления проблемы, а пациент познает различия собственных результатов и реальности, своей деятельности и деятельности других, своей оценки других людей и их оценки себя;

2) увеличивают надежды на улучшение, в том числе и у психотерапевта в отношении своего метода;

3) закладывают основы успеха, который возрастает в зависимости от способности каждого справиться со своей проблемой;

4) помогают преодолеть деморализующее влияние посторонних.

То обстоятельство, что *общие факторы психотерапии* обуславливают эффективность разных ее форм, не означает, по Франку, что все формы психотерапии взаимозаменяемы. Одни подходы эффективнее применительно к одним пациентам, другие — к другим. Он считает, что представители различных школ должны продолжать разрабатывать собственные взгляды и гипотезы, сколь эклектичными они бы ни казались. Способности и работа психотерапевта помогут пациенту обрести уверенность в себе, что зависит и от возможностей последнего к овладению нужной схемой и приемами.

Отмечаемое многими авторами отсутствие существенных преимуществ в эффективности психотерапии, осуществляемой представителями разных направлений с помощью различных методов, позволило Люборски и др. (Luborsky L. et al., 1975) оценить этот факт словами «Алисы в стране чудес» Л. Кэрролла: «Все выигрывают, и каждый заслуживает награды». Но сказанное выше не означает, что нет путей усиления психотерапевтического воздействия на пациента с учетом особенностей его личности и клинических проявлений заболевания. Так, исследования Ледера (Leder S., 1992) показали, что у больных экспериментальных групп, где дополнительно к стандартной терапевтической программе (индивидуальная и *групповая психотерапия, социотерапия*) применялись также *гипноз* или *медитация* (у пациентов с доминирующими соматическими симптомами), педагогическая ролевая терапия и тренировка социальных навыков (у пациентов с доминирующими поведенческими нарушениями) и *поведенческая психотерапия* (у пациентов с доминирующими психическими симптомами), отмечалась большая степень симптоматического улучшения, чем у пациентов, которых лечили только по стандартной терапевтической программе.

Примерами реализации С. п. являются *мультимодальная психотерапия Лазаруса*, теория Гарфилда (Garfield S. L., 1980), изложенная в его книге «Эклектический подход», и др.

Рассматривая понятия «синтетическая психотерапия», «интегративная психотерапия», «*эклектическая психотерапия*», «комплексная психотерапия», следовало бы вспомнить высказывание В. Н. Мясищева (1973), касающееся его отношения к психотерапевтической полипрагмазии: «Мы присоединяемся к тем психотерапевтам, которые говорят о комплексном методе лечения неврозов, но решительно отмежевываемся от неразборчивого пользования этим термином. Так, признавая значение психофармакологии и других средств лечебной химии, а также сил природы, считаем их вспомогательными и категорически возражаем против подмены ими психотерапии, что, к сожалению, нередко делается. Основа психотерапии — знание личности и ее отношений как внутренних условий невротической декомпенсации, ее слабых, уязвимых мест, определяющих и непреодолимую для нее к моменту декомпенсации сторону внешних условий; правильное решение вопроса о направлении,

способах и наиболее эффективных методиках психотерапии мы ищем в познании личности и ее онтогенеза».

**СИНТЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПО КРЕЧМЕРУ.** Разработана в 60-х гг. В. Кречмером (Kretschmer W.), сыном выдающегося немецкого психиатра и медицинского психолога Э. Кречмера (Kretschmer E.).

Данный подход (Бурно М. Е., 1995), продолжая традиции учения Э. Кречмера о характере, синтезирует в себе идеи некоторых религиозных и мистических учений (*йога*, санхья, дзэн), эмпирические психотерапевтические подходы (*внушение* в состоянии бодрствования, *гипноз* и др.), идеи немецких просветителей и культурологов (эстетическое воспитание Гёте — Шиллера, мифология в понимании Шеллинга), глубинную психологию Новалиса и Каруса.

В основе теоретической концепции С. п. п. К. — единство биологических, психологических и духовных процессов, определяющих «индивидуальную структуру динамического развития характера». Согласно этому помощь врача-психотерапевта должна соответствовать данной триединой структуре и простирается от устранения болезненных симптомов до подготовки к пониманию смысла жизни. В то же время указанные процессы имеют свою динамику, организацию и развиваются по собственным законам. Так, природное в человеке (биологическое) тесно связано с телесными и психофизиологическими особенностями, определяется научно обоснованными закономерностями и оказывает значительное влияние на психологические процессы, которые, в частности, выражаются в характерологической динамике. Духовное (личностное, метафизическое) — это то, что «преступает» биологические и психологические законы и не зависит ни от строения тела, ни от душевных свойств человека. В С. п. п. К. духовное имеет религиозный или философско-нравственный смысл. Естественно, что такое рассмотрение духовных процессов требует привлечения религиозных и философских систем, определяющих внепсихологические процессы божественной природы.

Важнейшими предпосылками С. п. п. К. являются, во-первых, вера психотерапевта в стихийную божественную силу, заключенную в духовном движении человека; во-вторых, обращение к творческой и свободной личности пациента, который может либо осознать свое духовное предназначение, либо препятствовать его проявлениям; в-третьих, признание культурно-исторического контекста, «общественно-культурного пространства», которое, с одной стороны, представляет собой продукт деятельности человека, а с другой — может влиять на процессы обретения и *осознания* предназначения человека. Автор подчеркивает значение привлечения культуры, без серьезного воздействия которой на пациента достижение терапевтического эффекта невозможно. Кречмер полагает, что человек начинает жизнь и действует как индивидуальная телесно-душевная организация, на уникальное развитие которой влияют (хотя и не определяют его) социальные процессы (законы, социальные и нравственные нормы) и наследственно-биологические факторы. В концепции патологии Кречмера взаимосвязаны биологические и социально-психологические (эквивалентом последнего в С. п. п. К. является духовное в социокультурном понимании) начала человека. Невротические и некоторые психотические расстройства, в том числе расстройства при шизофрении, объясняются существованием «основной биологической проблемы» — нарушением в соотношенности процессов биологического и духовного (социального) созревания. В С. п. п. К. разработана типология задержек биологического и духовного созревания. Так, причиной невротического конфликта и невротического поведения, обусловленного им, может явиться противоречие между непомерно задержанной на инфантильном уровне личностью и биологически зрелыми инстинктивными проявлениями, например нарушение отношений в семье у человека, который в биологическом плане стремится к полноценной сексуальной жизни, но в семье играет роль ребенка по отношению к своей жене. В этом понимании невротического конфликта С. п. п. К. значительно расходится с *психоанализом*, который в приведенном примере будет искать динамические причины такой дисгармонии. Психотерапевт, проводящий С. п. п. К., попытается найти «индивидуальную структуру» проблемы и дисгармонии в созревании, поскольку лишь исходя из характера может быть понято проблемное поведение человека, а не наоборот. Характер как психологическое образование в такой трактовке становится главным объектом анализа и терапии. Характер развивается в борьбе воли человека с обстоятельствами жизни, но в определенной мере обусловлен биологическими причинами и наследственностью. Задача психотерапевта — определить удельный вес этих факторов и их соотношение для обоснования и выбора соответствующих методов

лечения (психофармакологические препараты, физические упражнения, упражнения, развивающие психику, гипноз, глубинный анализ характера и др.).

Психологическая терапия (терапия, направленная на изменение патологического характера) преследует 3 основные цели:

- 1) освобождение характера,
- 2) компенсацию характера,
- 3) динамическое развитие характера.

В первом случае (например, при значительной личностной незрелости) необходимы мероприятия, позволяющие освободить человека от трудной проблемной ситуации либо от чуждых ему целей и установок. Во втором случае психотерапия ориентирована на компенсацию имеющихся неисправимых характерологических особенностей у зрелой личности и часто направлена на осознание этих особенностей. Самое сложное — динамическое развитие характера. В зрелом возрасте, у полностью сложившейся личности, естественное развитие характера уже завершилось, остается только выравнивать уже сформированную структуру, способствовать ее более полной адаптации в различных ситуациях (брак, работа). Это возможно через осознание своей специфики и развитие возможностей к трансцендентальному преодолению психофизиологических особенностей и биологических закономерностей. Осознание в С. п. п. К. включает и эмоционально-волевой компонент, который в результате развития может привести к «душевной интеграции» — к процессу творческого развития, внеопытного продвижения в духовном росте с учетом своих биологических и психофизиологических особенностей, с использованием всего «общественно-культурного пространства» личности. В конечном итоге успех или неуспех психотерапии определяется возможностью с помощью творческих усилий преодолеть психофизиологические особенности и способствовать обретению человеком его естественно-исторической сущности. «Общественно-культурное пространство» обуславливает направление движения личности и цели психотерапии. Например, в беседе с психотерапевтом у пациента может обнаружиться тяга к художественному творчеству или литературе, религии или науке, изобретательству либо альтруистические тенденции. Благодаря этому проснувшемуся интересу к неизвестным областям жизни и непроявленным возможностям, пациент именно там может увидеть перед собой будущие горизонты и направления личностного роста — инстинктивные, метафизические и личностно-продуктивные, и задача психотерапии в такой ситуации, с одной стороны, способствовать пробуждению этих тенденций, а с другой — помочь в постановке и достижении индивидуально-личностных целей, продвижение к которым и приведет к гармонизации личности, более полному и равносному созреванию и в конечном итоге — к «развитию характера» и преодолению болезненных проявлений.

Описанные цели не могут быть достигнуты простым применением каких-либо технических приемов, поэтому в С. п. п. К. психотерапевтическое воздействие основывается на интуиции. Предполагается, что психотерапевт владеет различными психотерапевтическими приемами и опирается на некоторые психолого-динамические правила и категории. Пациент должен осознать и пережить, как его природно-биологические способности сначала раскрываются, дают импульс психологическим процессам, а затем вливаются в нравственное и эстетическое творчество.

Сопровождают этот процесс движения 3 основных взаимодополняющих подхода:

- 1) упражнения — физические и психологические тренировки, духовная и социальная практика, гипноз и внушение;
- 2) самопознание — анализ характерологических проявлений и особенностей;
- 3) положительные переживания и творчество.

Последнему придается большое значение, и этот аспект психотерапии подробнее разработан в С. п. п. К. Он включает в себя:

- 1) свободное фантазирование в бодрствующем состоянии, при этом разбуженные побуждения сообщают о себе в фантазиях и фантастических картинах, которые затем обсуждаются;
- 2) вспоминание радостных событий из прошлой жизни, особенно из детства;
- 3) изобразительное творчество, обеспечивающее личностный рост в процессе занятий;
- 4) созерцание произведений искусства;
- 5) музыку и пение, особенно народных песен, что является постоянной частью жизни пациентов;

6) поэзию (особенно большое значение, наряду с чтением стихов про себя, отводится декламации, во время которой пациент духовно растет, постигая человеческие идеалы и проникаясь ими);

7) танец как культурная форма самовыражения, имеющий несколько терапевтических функций: экстатические переживания, отреагирование, суггестивный компонент, символическое проявление коллективных и индивидуальных тенденций и др.;

8) проигрывание драматических произведений, способствующее развитию ряда человеческих способностей — от тренировки межличностного общения до переживания важнейших метафизических категорий и духовных состояний (предлагается ставить с участием пациентов написанные ими пьесы, отдельные акты сценических драматургических произведений, сказки и баллады);

9) ориентацию пациента на постоянное совершенствование в осознании положительных переживаний и в творчестве, «чтобы выразить себя и сделать полезное людям».

Кречмер рассматривает в качестве основы разработанного им метода воздействия, сочетающие в себе медикаментозные средства и различные виды психотерапевтических подходов, свободных от каких-либо «искусственно изолированных» методик. С. п. п. К. обращена к реальному пациенту, к различным его сторонам — биологическим, психологическим и духовным.

**СИСТЕМА ПСИХОКОРРИГИРУЮЩИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СООБЩЕСТВЕ ЛЕДЕРА.** Ледер (Leder S.), известный польский психотерапевт, внес существенный вклад в развитие теории и практики психотерапии, в особенности *групповой психотерапии* и терапевтического сообщества при неврозах.

В центре терапевтической системы Ледера — целесообразность дифференцированной оценки причин и механизмов возникновения невротических расстройств у каждого отдельного пациента и вытекающая из этого необходимость применения индивидуализированных лечебных воздействий в комплексной системе терапии. Различные сочетания биологических, психологических и социокультурных факторов в этиопатогенезе неврозов создают множество вариантов, которые невозможно объединить в одну обобщающую схему прежде всего потому, что они возникают на основе различных личностных структур с разными конституциональными характеристиками. Следствием такой установки явился принцип применения в рамках терапевтического сообщества таких форм лечения, как *социотерапия*, трудовая, спортивная, двигательная, музыкальная, хореографическая, художественная, тренинговая и фармакологическая терапия, сочетаемых с психотерапией в узком смысле, в которой разные методы групповой психотерапии (дискуссионные группы, психодрама, пантомима и др.) играют важную роль. Воздействие на сознание пациента, модификация его интеллектуального и эмоционального отношения к самому себе, к своему окружению, своим потребностям и изменение его мышления, переживаний и поведения — все это, по мнению Ледера, не может осуществляться только или даже преимущественно путем словесного влияния. Необходимо одновременное воздействие общественной практикой, испытание и освоение новых познавательных и поведенческих схем первоначально внутри группы, потом в привычных для пациента условиях. Это является одним из обоснований наличия и использования разных психотерапевтических структур — стационарных, дневных и ночных отделений, амбулаторной, групповой и *семейной психотерапии*, лечебно-трудовых мастерских, клубов бывших пациентов и т. д. Рациональная форма психотерапевтического воздействия связана с наличием системы, предусматривающей определенную целевую установку при использовании различных структур и разных логически взаимосвязанных методов и мероприятий.

В устранении невротических расстройств в разработанной Ледером и его коллегами системе ведущую роль играют процессы пассивного и активного *научения*. Для большинства пациентов более эффективным, по сравнению с пассивным (передача больным неврозами готового знания), является проблемное научение: создание проблемных ситуаций, постановка их перед пациентами, побуждение к самостоятельному анализу, поиск идей (стратегий) для решения проблем, их верификации в деятельности, особенно в сфере социально-эмоциональной интеграции в отношениях с другими людьми.

Эти теоретические установки способствовали развитию прежде всего различных форм групповой активности в малых и больших группах, что облегчалось организацией жизни в клинике,



созданной Ледером в Варшаве, на принципах терапевтического сообщества. Система последнего основывалась на равной, общей ответственности и активности больных, побуждала пациентов принимать участие в достижении общих целей, в установлении норм, принятии решений в условиях свободного обмена информацией, при отсутствии жесткой иерархии и авторитарного контроля. Навыки, приобретенные пациентами в процессе активного научения, с главными механизмами в виде познавательного научения, социального обусловливания и моделирования в значительной степени переносятся на внутерапевтические ситуации, т. е. используются для решения проблем, возникающих в условиях повседневной нормальной жизни.

При приеме пациентов в клинику кроме диагностических критериев учитываются также возраст (17-55 лет), интеллект, мотивация, продолжительность болезни и др. Интеллектуальный уровень не является решающим фактором при отборе на лечение, хотя значительное снижение интеллекта рассматривается как противопоказание. Наличие мотивации к лечению психотерапевтическими методами очень важно для его успеха, однако этот критерий требует гибкой оценки: мотивация может радикально изменяться в ходе лечения, известны также трудности оценки этой переменной. В стационарном отделении 32 койки (16 женщин и 16 мужчин), дневной стационар рассчитан на 15 мест. Персонал клиники состоит из врачей-психиатров, психологов, специалистов по трудовой, музыкальной, *двигательной терапии* и медсестер. Больные и персонал подразделены на терапевтические коллективы, которые состоят из 2 врачей, 1 психолога, 1 медсестры и 11 пациентов. Члены терапевтического коллектива выполняют различные роли и функции, взаимно дополняющие друг друга. Лечащий врач ответствен за терапию в целом и проводит ее в индивидуальном порядке; психолог является *групповым психотерапевтом*, медсестра и врач принимают попеременно участие в занятиях группы; все специалисты совместно анализируют происходящее в группе. В дискуссиях о проблематике пациента, которого представляет коллектив и руководителю клиники лечащий врач, участвуют психолог и медсестра. Психолог формулирует гипотезы о механизмах развития нарушений, характеризует личность больного и выражает свое мнение относительно предложенного плана лечения; если нужно, проводит экспериментально-психологические исследования, которые предоставляют дополнительный материал для постановки медико-психологического диагноза, и руководит тренинговой терапией; при необходимости вместе с социальным работником устанавливает контакт с семьей, местом работы или другими элементами общественной среды пациента. Трудотерапевты (педагог и художник) большую часть дня проводят с пациентами, организуют разного рода занятия (по живописи, скульптуре, ручным работам) и игры, руководят *арттерапией*, участвуют в еженедельных танцевальных вечерах, экскурсиях за город, посещениях кино, театров, музеев. Характер терапии занятием устанавливается для отдельных пациентов индивидуально. Роль медсестры включает наряду с уходом (который иногда необходим, например при наличии функциональных параличей у некоторых пациентов) постоянный контакт с больными, передачу членам терапевтического сообщества сделанных при этом наблюдений и, что не менее важно, оказание психотерапевтического воздействия на больных. Музыкотерапевт 1 раз в неделю руководит музыкальным сеансом в каждой группе. Специалист по двигательной терапии также 1 раз в неделю проводит 2-часовые занятия по танцам и ритмике в каждой *психотерапевтической группе*. Отдельные терапевтические воздействия дополняют друг друга, что осуществляется путем систематического обмена наблюдениями и информацией между сотрудниками клиники.

После поступления в клинику пациент определяется в одну из трех психотерапевтических групп, которые состоят из 6 женщин и 5 мужчин. Все группы участвуют в еженедельном заседании терапевтического сообщества и ряде других мероприятий. В рамках социотерапии пациенты тренируются в выполнении функций, которые соответствуют их общественным ролям. Это функции дежурного, члена совета больных и др. В каждой группе проводится 1 раз в неделю художественная терапия — рисование на заданную тему с последующим обсуждением, 1 раз — рецептивная *музыкотерапия*, попеременно 1 раз в неделю — психодраматические и психопантомимические занятия. Психодраматические методики применяются и в *групповых дискуссиях*, которые проходят 3 раза в неделю по 1 — 1,5 часа. Так как наряду с групповыми занятиями осуществляется *индивидуальная психотерапия*, перед ними ставятся специфические цели: используя механизмы функционирования малых групп, выявить неадекватные отношения пациентов, обусловленные их патологическими межличностными установками, и корректировать их. Хотя каждый пациент включается в упомянутый

комплекс лечебных методов (за исключением фармакотерапии, *гипноза* и *аутогенной тренировки*, которые применяются в тех случаях, когда имеются соответствующие показания), существуют различия в способе индивидуальной психотерапии, в объеме воздействия групповой психотерапии, трудовой, тренинговой и двигательной терапии. Решение о виде психотерапии принимается с учетом диагноза, возраста, мотивации и др.

Интегрирующая психотерапия используется у пациентов с невротическими и личностными нарушениями, хорошими «резервами» и соответствующей мотивацией. Она опирается главным образом на такие приемы, как стимулирование *интерпретации*, формулировка альтернативных гипотез, предоставление информации, реже — отдельные *внушения* и *убеждения*, и ориентируется не на непосредственное устранение симптоматики, а на достижение *инсайта* и следующую за этим перестройку личности.

Что касается *поддерживающей психотерапии*, применяемой по отношению к пациентам со значительными органическими изменениями, с чрезмерно выраженной симптоматикой или лицам пожилого возраста, то ее задачей является в первую очередь обеспечение *эмоциональной поддержки* и чувства опоры.

Проводимая в клинике психотерапия преследует 3 типа целей: максимальная цель заключается в реконструкции личности при одновременном достижении инсайта, более скромная — в значительной реориентации при неполном инсайте и широком элиминировании симптомов, третья — в частичной реориентации без достижения инсайта и при сохранении ряда симптомов.

В комплексной системе лечения роль фармакотерапии ограничена. Основная ее цель — убедить пациента, что медикаменты имеют вспомогательное значение и нередко могут затормозить лечебный процесс, поэтому в ходе первых двух недель больные не получают никаких лекарств, лишь небольшому числу пациентов с явными показаниями в течение некоторого времени их пребывания в клинике дают фармакологические средства.

Определенным обобщением всех терапевтических воздействий является проводимое раз в неделю собрание всего терапевтического сообщества. В них участвуют все пациенты и весь персонал; задача их — обмен информацией, стимулирование коммуникации и взаимодействия с целью решения проблем, которые возникли в течение недели или могут иметь значение в будущем и касаются форм общения коллектива, его структуры и целей, которых необходимо достичь. Для развития теоретических знаний, практического опыта, эмоционального *самоконтроля* персонала, оптимального выполнения им ролей и способности к *самоанализу* и самопознанию применяются следующие методы коллективной работы:

- 1) общие дискуссии о ходе индивидуальной и групповой психотерапии, в частности с использованием аудиовизуальных средств, чтения протоколов и т. д.;
- 2) общий анализ отдельных пациентов и процесса их лечения;
- 3) дискуссия об исследовательских работах коллектива, анализ литературы, обсуждение проблем, возникающих у персонала;
- 4) сопоставление собственного опыта и впечатлений с опытом и впечатлениями периодически пребывающих в клинике практикантов.

Эти формы обучения делают излишним личный *тренинг* психотерапевтов, требуемый психоаналитиками, в частности и потому, что все сотрудники клиники участвуют в группах *лабораторного тренинга*, организуемого секцией психотерапии.

Анализ многолетнего опыта функционирования описанной системы позволил Ледеру сформулировать некоторые вопросы, требующие решения: 1) не является ли описанная система более тонченной, скрытой формой манипулирования пациентами и воздействия на них, а если так — выгодно и желательно ли это? 2) применяемые методы не отвечают чаще всего ожиданиям и установкам пациентов, поэтому часть из них покидают клинику преждевременно; другим же в первое время их пребывания в клинике необходимо говорить главным образом о целесообразности и эффективности применяемых методов, что увеличивает продолжительность лечения; 3) у некоторых пациентов при применении иных терапевтических методов и в случае пребывания в системе, организованной по-другому и с другой структурой, вероятно, последовало бы более быстрое симптоматическое улучшение, особенно уменьшение степени беспокойства и напряжения; 4) среди

персонала отмечается тенденция к продлению пребывания пациентов в клинике, что, по всей вероятности, вызвано нереальными ожиданиями достижения дальнейших личностных изменений у некоторых пациентов путем более длительного воздействия психотерапевтического сообщества; 5) работа в организованной таким образом клинике предъявляет персоналу значительные эмоциональные требования, что не всегда оправдывается достигаемыми результатами; 6) в настоящее время отсутствуют объективные методы и измерительные инструменты, с помощью которых можно было бы доказать более высокую эффективность примененной организации и методик. Ледер полагает, однако, что возникшие вопросы являются стимулом к поиску новых экспериментальных и объективных методов для определения более точных показателей развития эффективных терапевтических приемов, дифференциации терапии и оценки ее эффективности при неврозах.

**СИСТЕМАТИЧЕСКАЯ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ.** Предложенная Вольпе (Wolpe J., 1952), является исторически одним из первых методов, положившим начало широкому распространению *поведенческой психотерапии*. Разрабатывая свой метод, автор исходил из следующих положений.

Неадаптивное поведение человека, в том числе невротическое, включающее интерперсональное поведение, в значительной своей части определяется тревогой и поддерживается снижением ее уровня. Действия, совершаемые в воображении, можно приравнять к действиям, совершаемым человеком в реальности. Воображение в состоянии *релаксации* не является исключением из этого положения. Страх, тревога могут быть подавлены, если объединить во времени стимулы, вызывающие страх, и стимулы, антагонистичные страху. Произойдет противообусловливание — не вызывающий страх стимул погасит прежний рефлекс. В экспериментах на животных таким противообусловливающим стимулом является кормление. У человека одним из действенных стимулов, противоположных страху, является релаксация. Поэтому, если обучить пациента глубокой релаксации и в этом состоянии побудить его вызвать в воображении стимулы, обуславливающие все большую степень тревоги, произойдет десенсибилизация пациента и к реальным стимулам или ситуациям, вызывающим страх. Такова была логика обоснования этого метода. Однако эксперименты, основанные на двухфакторной модели избегания, показали, что механизм действия С. д. включает и столкновение с ситуацией, прежде вызвавшей страх, реальное тестирование ее, помимо противообусловливания.

Сама методика относительно проста: у человека, находящегося в состоянии глубокой релаксации, вызываются представления о ситуациях, приводящих к возникновению страха. Затем посредством углубления релаксации пациент снимает возникающую тревогу. В воображении представляются различные ситуации от самых легких к трудным, вызывающим наибольший страх. Процедура заканчивается, когда самый сильный стимул перестает вызывать у пациента страх.

В самой процедуре С. д. можно выделить три этапа: овладение методикой мышечной релаксации, составление иерархии ситуаций, вызывающих страх; собственно десенсибилизация (соединение представлений о ситуациях, вызывающих страх, с релаксацией).

Тренировка мышечной релаксации по методике *прогрессирующей мышечной релаксации Джекобсона* проводится в ускоренном темпе и занимает около 8-9 сеансов.

Составление иерархии ситуаций, вызывающих страх. В связи с тем, что у больного могут быть различные фобии, все ситуации, вызывающие страх, делятся по тематическим группам. Для каждой группы пациент должен составить список от самых легких ситуаций до более тяжелых, вызывающих выраженный страх. Ранжирование ситуаций по степени испытываемого страха желательно проводить вместе с психотерапевтом. Обязательным условием составления этого списка является реальное переживание пациентом страха в такой ситуации, т. е. она не должна быть воображаемой.

Собственно десенсибилизация. Обсуждается методика *обратной связи* — информировании пациентом психотерапевта о наличии или отсутствии у него страха в момент представления ситуации. Например, об отсутствии тревоги он сообщает поднятием указательного пальца правой руки, о наличии ее — поднятием пальца левой руки. Представления ситуаций осуществляются согласно составленному списку. Пациент воображает ситуацию 5— 7 секунд, затем устраняет возникшую тревогу путем усиления релаксации; этот период длится до 20 секунд. Представление ситуации повторяется несколько раз, и если у пациента тревога не возникает, переходят к следующей, более трудной ситуации. В течение одного занятия отрабатываются 3-4 ситуации из списка. В случае появления выраженной тревоги, не угасающей при повторных предъявлениях ситуации, возвращаются к предшествующей

ситуации.

При простых фобиях проводится 4-5 сеансов, в сложных случаях — до 12 и более.

В настоящее время показаниями для использования методики С. д. при неврозах являются, как правило, монофобии, которые не могут быть десенсибилизированы в реальной жизни из-за сложности или невозможности найти реальный стимул, например страх полета в самолете, поездки в поезде, боязнь змей и др. В случае множественных фобий десенсибилизация осуществляется по очереди применительно к каждой фобии.

С. д. менее эффективна, когда тревога подкрепляется вторичным выигрышем от болезни. Например, у женщины с агорафобическим синдромом, со сложной домашней ситуацией, угрозой ухода из дома мужа страх подкрепляется не только уменьшением его, когда она остается дома, избегает ситуаций, в которых он появляется, но и тем, что она удерживает мужа дома с помощью своей симптоматики, получает возможность видеть его чаще, легче контролирует его поведение. В этом случае метод С. д. эффективен только при сочетании его с личностно-ориентированными видами психотерапии, направленными, в частности, на осознание больной мотивов своего поведения.

Десенсибилизация *in vivo* (в реальной жизни) включает только два этапа: составление иерархии ситуаций, вызывающих страх, и собственно десенсибилизацию (тренировка в реальных ситуациях). В список ситуаций, вызывающих страх, включаются только те из них, которые могут быть многократно повторены в действительности. На втором этапе врач или медицинская сестра сопровождает больного, побуждает его усиливать страх согласно списку. Следует при этом отметить, что вера в психотерапевта, чувство безопасности, испытываемое в его присутствии, являются противообуславливающими факторами, факторами, повышающими мотивацию к столкновению со стимулами, вызывающими страх. Поэтому эта методика оказывается эффективной только при наличии хорошего контакта психотерапевта с больным.

Вариантом методики является контактная десенсибилизация, которая чаще используется при работе с детьми, реже — со взрослыми. Здесь также составляется список ранжированных по степени испытываемого страха ситуаций. Однако на втором этапе, кроме побуждения психотерапевтом пациента к телесному контакту с объектом, вызывающим страх, присоединяется еще и моделирование (выполнение другим пациентом, не испытывающим данного страха, действий согласно составленному списку).

Еще одним вариантом десенсибилизации для лечения детей является эмотивное воображение. При этом методе используется воображение ребенка, позволяющее ему легко отождествлять себя с любимыми героями и разыгрывать ситуации, в которых они участвуют. Психотерапевт при этом направляет игру ребенка таким образом, чтобы он в роли этого героя постепенно сталкивался с ситуациями, вызывавшими ранее страх. Методика эмотивного воображения включает 4 стадии.

1. Составление иерархии вызывающих страх объектов или ситуаций.

2. Выявление любимого героя (или героев), с которыми ребенок легко бы себя идентифицировал. Выяснение фабулы возможного действия, которое он в образе этого героя хотел бы совершить.

3. Начало ролевой игры. Ребенка просят с закрытыми глазами вообразить ситуацию, близкую к повседневной жизни, и постепенно вводят в нее его любимого героя.

4. Собственно десенсибилизация. После того как ребенок достаточно эмоционально вовлекается в игру, в действие вводится первая ситуация из списка. Если при этом у ребенка не возникает страха, переходят к следующим ситуациям и т. д.

Методика, подобная эмотивному воображению, может быть использована и *in vivo*.

**СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Под *семейной психотерапией* традиционно принято понимать комплекс психотерапевтических приемов и методов, направленных на лечение пациента (в отечественной литературе устойчиво используется термин «пациент», в западной — «первичный», или «идентифицированный пациент», т. е. носитель симптома) в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений.

В настоящее время одним из наиболее широко представленных, перспективных, экономически целесообразных, терапевтически эффективных направлений в семейной психотерапии принято считать С. с. п. (Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D. D., 1967; Selvini-Palazzoli M. S., 1978; Haley J., 1980; Barker Ph., 1981; Nichols M. P., 1984; Burnham G., 1991). В рамках интегративного метода, каким

является С. с. п., семья рассматривается как целостная система. Подобно всем живым системам семья стремится как к сохранению сложившихся связей между элементами, так и к их эволюции. В живой системе, которая формируется и сохраняется благодаря эффекту обмена энергией и веществом в неравновесных условиях, колебания, как внутренние, так и внешние, помогают достичь нового уровня сложности, дифференцированности.

Таким образом, перефразируя положения классической термодинамики и системного подхода, можно сказать, что семья как живая система обменивается информацией и энергией с внешней средой (Minuchin S., 1974; Fishman H. C., 1981; Prigogine I., 1991). Колебания, внутренние и внешние, обычно сопровождаются реакцией, возвращающей систему в ее устойчивое состояние. Но когда колебания усиливаются, в семье может наступить кризис, трансформация которого выведет систему на новый уровень функционирования. Вот почему перед психотерапевтом встает задача подключиться к системе, уловить ее колебания, затем совместно усилить их, для того чтобы дать импульс к изменениям и вызвать фрустрацию с терапевтической целью. На всем протяжении своего существования семья проходит через естественные «кризисы развития» (Caplan G., 1964): вступление в брак, отделение от родительской семьи, беременность матери, рождение ребенка, поступление ребенка в дошкольные и школьные учреждения, подростковый период в жизни ребенка, окончание им школы и выбор своего пути, разрыв с родителями, уход на пенсию и т. д. Именно на этих этапах семья оказывается неспособной решать новые проблемы старыми способами, и это вызывает необходимость усложнять приспособительные реакции. Семья выполняет свои функции с помощью определенных механизмов — структуры семейных ролей, подсистем и границ между ними. Структура семейных ролей предписывает членам семьи, что, как, когда и в какой последовательности они должны делать, вступая в отношения друг с другом. Повторяющиеся взаимодействия приводят к установлению определенных стандартов — «стандарты взаимодействий», по Минухину (1974), а стандарты, в свою очередь, определяют, с кем и как вступать во взаимодействие. В нормальных семьях структура семейных ролей целостная, динамичная и носит альтернативный характер. В случае невозможности удовлетворить потребности в рамках сложившейся структуры члены семьи предпринимают поиск альтернативных вариантов семейных ролей. В 66% семей, в которых проживали подростки с пограничными нервно-психическими расстройствами, либо отмечалась структура жестко фиксированных, патологизирующих семейных ролей, либо ее отсутствие как таковой. Патологизирующими семейными ролями (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999) считаются такие, которые в силу своей структуры и содержания оказывают психотравмирующее воздействие на членов семьи.

Семейные подсистемы — это более дифференцированная совокупность семейных ролей, которая позволяет избирательно выполнять определенные семейные функции, обеспечивать жизнедеятельность семьи. Член семьи может быть участником нескольких подсистем — родительской, супружеской, детской, мужской, женской и др. Одновременное функционирование в нескольких подсистемах обычно малоэффективно. Когда мать ругает сына за плохую оценку, полученную в школе, и при этом замечает: «Это потому, что твой отец — рохля и не хочет показать, что такое настоящий мужчина», то она неосознанно начинает функционировать сразу в двух подсистемах — родительской и супружеской. Такое поведение приводит к тому, что ни сын, ни муж не воспринимают критику в свой адрес, но предпринимают меры, иногда сообщая, чтобы защититься от нее. Границы между подсистемами — это правила, определяющие, кто и каким образом выполняет семейные функции. В нормальных семьях они четко очерчены и проницаемы. При жестких границах коммуникация между подсистемами затруднена, не происходит обмена информацией; при размытых — стрессы, переживаемые в одних подсистемах, легко иррадиируют и на другие.

Основными принципами работы Миланского института семейных исследований, основанного в 1967 г. Сельвини-Палаццоли, являются:

- 1) выдвижение терапевтических гипотез;
- 2) циркулярность;
- 3) нейтральность;
- 4) позитивное истолкование симптомов или проблем пациента и его семьи.

До первой семейной сессии психотерапевты, входящие в терапевтическую группу, выслушав членов семьи, выдвигают ряд гипотез о парадоксальности взаимоотношений в семье, приводящей к

формированию у одного из ее членов симптомов болезни. Циркулярность понимается как в этиопатогенетическом («принципы круговой причинности»), так и в практическом плане. Участников психотерапии опрашивают по кругу, если пациент, к примеру, говорит: «Когда моя мать хмурится, у меня падает настроение», то врач спрашивает у других членов семьи: «А что вы чувствуете, когда мать хмурится? А вы сами, мама?» Психотерапевт сохраняет принимающую нейтральную позицию по отношению ко всем членам семьи. Симптоматика пациента рассматривается как способ приспособления, поэтому задачей психотерапии становится поиск других путей адаптации для пациента. Исходя из этого, в С. с. п. выделяют следующие этапы:

1. Объединение психотерапевта с семьей, присоединение его к предъявляемой ею структуре ролей: 1) установление конструктивной дистанции — свободное расположение членов семьи; 2) присоединение через синхронизацию дыхания к тому члену семьи, который заявляет проблему; 3) приемы «мимезиса» (Минухин, 1974), прямое и не прямое отражение позы, мимики и жестов участников психотерапии; 4) подключение по просодическим характеристикам речи к заявителю проблемы, идентифицированному пациенту (скорость, громкость, интонации речи); 5) использование психотерапевтом в своей речи предикатов, отражающих доминирующую репрезентативную систему заявителя проблемы и других членов семьи; 6) отслеживание глазодвигательных реакций участников психотерапии с целью верификации соответствия словесно предъявляемой проблемы глубинным переживаниям; 7) сохранение семейного статус-кво, т. е. той структуры семейных ролей, которую демонстрируют психотерапевту. При этом возможно наличие явного лидера, являющегося инициатором обращения и заявителем проблемы; он может прикрываться молчанием и невербально давать знать кому-то из членов семьи, чтобы он играл роль «транслятора», который и говорит от имени семьи. В каждом из этих случаев психотерапевт, осуществляя присоединение, сохраняет предъявляемую структуру ролей вплоть до его завершения.

2. Формулирование терапевтического запроса: 1) инициатор обращения предъявляет психотерапевту, как правило, манипулятивный запрос, который сводится к следующему: «У моего ребенка имеется симптом. Мой ребенок плохо учится. Мой ребенок непослушный. Сделайте так, чтобы он был другим». Такие формулировки позволяют инициатору обращения дистанцироваться от осознаваемого или неосознаваемого чувства вины, снять с себя ответственность за происходящее в семье и перенести ее на ребенка и психотерапевта; 2) приемы метамоделирования и психотерапевтические метафоры помогают перевести запрос с поверхностного, манипулятивного уровня на уровень *осознания* родителями себя как неэффективных в родительской роли; 3) исследование членами семьи себя как неэффективных родителей способствует осознанию своей неэффективности как супругов; 4) параллельно с формулированием запроса психотерапевт исследует ресурсные состояния отдельно взятых членов семьи и их как системы: «Был ли в вашей жизни момент, когда вы вместе добились успеха? Как вы это делали?» Э. Г. Эйдемиллером разработана технология формулирования терапевтического запроса:  $XR \rightarrow UR \rightarrow ZR$ , где X — уровень манипулятивного запроса, U — уровень осознания себя как неэффективных родителей, Z — уровень осознания своей некомпетентности как супругов, R — ресурсные состояния отдельных ее членов и семьи как системы. На этапе формулирования терапевтического запроса важным является исследование целей, которые поставлены каждым членом семьи и которых они хотят достичь в ходе психотерапии. В этот момент необходимо перевести психотерапевтическую работу из плоскости изучения прошлого в плоскость «здесь и теперь». Экскурс в прошлое осуществляется лишь для обнаружения ресурсных состояний членов семьи. Формулирование целей каждого члена семьи приводит к формированию цели семьи как единого, целостного организма.

3. Реконструкция семейных отношений: 1) работа психотерапевта способствует установлению границ между подсистемами, усилению функционирования одних и реципрочно связанному с этим ослаблению функционирования других подсистем. Ранее супруги в основном неосознанно смешивали родительский и супружеский контексты, что приводило их, с одной стороны, к неудовлетворенности супружеством, а с другой — к появлению проблем или симптомов у ребенка. Разделение супружеского и родительского контекстов в процессе психотерапии способствует повышению их эффективности и компетентности и как супругов, и как родителей. Прародители учатся распознавать границы своей подсистемы, качество ее функционирования и мотивы, по которым они несогласованно пересекали

внутренние границы; 2) в С. с. п. на всем протяжении присутствуют сбалансированность в исследовании негативного и позитивного опыта, двухуровневая *обратная связь*, психоскульптурирование, семейная *психодрама*.

4. Завершение психотерапии и отсоединение: 1) сигналом к завершению психотерапии является достижение сформулированных целей; 2) соблюдение оговоренного временного контакта. После этапа присоединения (как правило, 1-2 сеанса продолжительностью по 2 часа) участники психотерапии обговаривают время, необходимое для достижения терапевтических изменений. Минимальное время для реконструкции семейных отношений — 6 часов (4 сессии), максимальное время С. с. п. — 16 часов (8 сессий); 3) экологическая проверка — создание членами семьи образа своего будущего. На последнем занятии членам семьи предлагается представить себя в ряде ситуаций в будущем: их взаимодействие, что при этом получается и что не получается. Последующее обсуждение позволяет определить наиболее эффективные способы использования ресурсных состояний.

**СКИННЕР** Беррес Фредерик (Skinner B. F., 1904-1990). Известный психолог, лидер современного *бихевиоризма*. С. родился в 1904 г. в Саксуэханне, штат Пенсильвания, США. Окончил Гамильтон-колледж в 1926 г. Степень доктора философии получил в 1931 г. в Гарвардском университете. С 1948 г. — профессор Гарвардского университета, член Национальной академии наук.

С. выдвинул концепцию оперантного научения, согласно которой организм приобретает новые реакции благодаря тому, что сам подкрепляет их, и только после этого внешний стимул вызывает реакции. У И. П. Павлова, идеи которого оказали влияние на С., реакция возникает в ответ на стимул, т. е. условный или безусловный раздражитель; в «скиннеровском ящике» животное сначала производит реакцию, а лишь затем она подкрепляется.

Начиная с 1930 г. С. изучал оперантное поведение животных и предложил ряд оригинальных приборов и методик. Называя вербальное поведение сугубо человеческим, т. е. имеющим специфические свойства, С. считал возможным распространить на человека методы, примененные в экспериментальном исследовании на животных, не подвергая их существенной модификации («Наука и поведение человека», 1953). Взгляды на природу процесса *научения* были перенесены затем с лабораторных условий и воплотились в концепции программированного обучения («Технология обучения», 1968), охватывающего усвоение речи, обучение в школе. Начиная с 50-х гг. методы оперантного бихевиоризма распространились на психотерапевтическую практику (*поведенческая психотерапия*).

В дальнейшем С. разработал идеи управления поведением и создал технологию поведения, целью которой являлось разрешение социальных проблем и переустройство общества путем модификации поведения человека средствами внешнего контроля. Этому посвящена его книга «По ту сторону свободы и достоинства» (1971), которая была подвергнута критике в разных странах, в том числе и в нашей. Данная концепция получила название социального бихевиоризма.

В 70-е гг. вышли труды С., обобщающие прежние его идеи: «О бихевиоризме» (1974), «Автобиография: в 2-х т.» (1976).

Ряд методов поведенческой психотерапии — позитивное *подкрепление*, утешение, некоторые авersive приемы — основаны на модели *оперантного обусловливания*.

**СКРЫТОЕ ОБУСЛОВЛИВАНИЕ.** Мысленное представление целевого поведения, помогающее пациенту изучить реакцию среды на него и натренировать эмоциональный ответ, чтобы в реальной обстановке не возникло психотравмирующей ситуации. Метод применяется для лечения фобий, повышенной тревожности, неуверенности в себе. В процедурах С. о. пациенту предлагается представить то поведение, которое он считает нежелательным, затем его последствия или уменьшение негативных последствий такого поведения. Существует несколько разновидностей процедур С. о.: скрытая сенситизация (Cautela J. R., 1967), скрытое подкрепление (Cautela J. R., 1970), скрытая изоляция (Cautela J. R., 1970), скрытое отрицательное подкрепление (Cautela J. R., 1976), скрытое моделирование (Bandura A., 1970). Они являются аналогами *оперантного обусловливания* таких приемов, как наказание, положительное подкрепление, игнорирование, отрицательное подкрепление и др., лишь воспроизводимых мысленно.

**СНОВИДЕНИЯ И РАБОТА С НИМИ В ПСИХОТЕРАПИИ.** Еще в глубокой древности сновидениям придавали особое значение, что отразилось в многочисленных историях, мифах и сказках.

Изучение сновидений с научной точки зрения началось лишь в XX в. До *Фрейда* (Freud S.) крупные исследования проблемы сновидений проводили (на это, в частности, указывает В. М. Лейбин, 1990) Шуберт (Schubert G., 1814, «Символизм сновидений») и Шернер (Schnerer R., 1861, «Работа сновидений»). В физиологических концепциях отмечалось, что все особенности сновидений вытекают из хаотической деятельности мозга, погруженного в сон и реагирующего в этом нейродинамическом состоянии на различные внешние и внутренние раздражители. Психологические теории объясняли сновидения как продолжение дневной психической деятельности во время сна вплоть до трактовки сновидений как освобождения души от оков чувственного мира, из-под гнета внешней природы.

Проблемой сновидений серьезно интересовался Крепелин (Kraepelin E.). Под его руководством была подготовлена диссертация «Исследование глубины сна» (1890), а в 1910 г. Крепелин представил работу о структурных изменениях речи во сне. В отечественной психиатрии систематическое научное изучение сновидений длительное время не предпринималось. Важный вклад в эту проблему внес В. Н. Касаткин (1967, 1983), представивший описание феноменологии сновидений, в частности при различных нервно-психических нарушениях. В работах М. И. Рыбальского (1983, 1989) приводится психопатологический анализ сновидений у психически больных.

Особое значение в изучении сновидений приобрела известная книга Фрейда «Толкование сновидений» (1900), в которой он впервые изложил целостную научную теорию возникновения сновидений, их биологическую, психологическую и социальную сущность. Фрейд раскрыл адаптивный смысл биологической функции сна для человека как способа восстановления психического равновесия через катарсическое действие сновидений, способствующих разрядке нереализованных и аффективно заряженных желаний, заменяющих действие. *Психоанализ*, в отличие от искусства толкования сновидений в древности, не сосредоточен на предвидении будущего, а стремится раскрыть прошлое с целью более глубокого понимания проблем человека в настоящем. На основе онтогенетического подхода Фрейд вначале сосредоточил внимание на анализе сновидений ребенка как более доступных и простых. В результате их изучения он пришел к выводу о том, что «сновидение — это как бы неизжитое желание».

При попытке понять смысл сновидения, объяснить его Фрейд применил разработанный им метод *свободных ассоциаций*. При анализе необходимо разложить сновидение на элементы, с тем чтобы пациент мог отдаться свободным ассоциациям по каждому элементу сновидения. Во время анализа собираются воедино мысли, которые возникают при свободном ассоциировании в отношении каждого из элементов сновидения при соблюдении определенных правил: а) не обращать внимания на явное содержание — оно не является препятствием для анализа; б) анализировать каждый элемент сновидения, не связывая его сразу с другими или со всем сновидением; ждать, пока скрытое не возникнет в сознании. Фрейд относит само сновидение к явному содержанию, а материал в результате анализа — к содержанию скрытому. Процесс переработки скрытого содержания в явное он назвал работой сновидения.

Работа сновидения по превращению мыслей в образные ситуации проводится посредством драматизации, а по преобразованию связных, явных мыслей и образов в бессвязные осуществляется с помощью механизма сгущения (наложение друг на друга различных составных частей приводит к выдвиганию на первый план общих элементов и взаимному уничтожению контрастирующих деталей). Сновидения посредством сгущения создают смешанные лица, образы и композиции, и лишь с помощью анализа можно отыскать эти составные черты, слитые в одном объекте. Как от каждого элемента сновидения идут нити ко многим скрытым мыслям, так и каждая скрытая мысль сновидения выражается обыкновенно не одним, а несколькими элементами сновидения. Наряду с драматизацией и сгущением третьим существенным механизмом работы сновидения Фрейд называл смещение, или переоценки, психических ценностей. В результате работы смещения волнующий материал превращается в нейтральный, интересный — в безразличный. При смещении акцента с главного на второстепенное важнейший скрытый элемент представляется в явном содержании сновидения весьма отдаленными и незначительными намеками. Следующим механизмом работы сновидения является вторичная обработка, проявляющаяся в перегруппировке и связывании элементов явного сновидения в более или менее гармоничное целое. Значительно реже отмечается так называемая истолковывающая переработка, делающая сновидение понятным, как бы хорошо сочиненным. Логические отношения



между скрытыми мыслями в сновидении выражаются различными средствами. Сновидение соединяет все части скрытых мыслей в общую ситуацию, оно выражает логическую связь сближением во времени и пространстве. Прямое превращение во сне одного предмета в другой указывает, по мнению Фрейда, на отношение причины к следствию. Противоречащие друг другу представления выражаются во сне преимущественно одним и тем же элементом. Противоположность двух мыслей и инверсия проявляются в сновидении через последовательное превращение одной части сновидения в свою противоположность. Переживание в сновидении затрудненного движения выражает противоречие между импульсами. В работе сновидения используются отношения подобия и общности как опорные пункты для сгущения сна и связи в новое единство всего, что обнаруживает такое согласование. Нелепость в сновидении означает противоречие, насмешку, издевку в скрытых мыслях. Повторяющиеся сновидения часто отражают какое-то фрустрирующее событие. Связь содержания сновидения с реальными событиями вытесняется из сознания.

По существу, все сновидения представляют собой, как полагает автор психоанализа, детские сны, работают над инфантильным материалом, над детскими душевными движениями и при помощи детских психических механизмов. С точки зрения исполнения желаний сновидения бывают трех родов. Во-первых, сновидения, представляющие вытесненные желания в незамаскированном виде; это преимущественно детские сновидения, они редко встречаются у взрослых. Во-вторых, большинство сновидений, которые выражают вытесненные желания в замаскированном виде. В-третьих, сновидения, представляющие вытесненные желания, но без или с недостаточной маскировкой их. Так называемые страшные (кошмарные) сновидения изображают откровенное исполнение вытесненного желания. Так как сновидению при этом не удастся «исполнить» желания спящего, то часть мучительного аффекта сновидения сохраняется в его явном содержании. Иногда до полного осуществления дело не доходит, так как человек просто пробуждается, т. е. цензура сновидения использует вместо искажения последнее оставшееся в ее распоряжении средство — прервать сон под влиянием нарастающего страха перед напором бессознательных желаний. Бывают и ясные сновидения со страшным содержанием, но без чувства страха. Однако они представляют хорошо замаскированное исполнение вытесненных желаний.

Толкование сновидения, т. е. обнаружение скрытых мыслей в явном содержании сна, осуществляется с помощью ассоциативной техники и знаний о символике сновидений. Постоянное (повторяющееся) отношение между элементом сновидения и его значением Фрейд называл символическим, а самый элемент сновидения — символом, соответствующим бессознательной мысли сновидения. Однако он подчеркивал, что символическое толкование может быть только дополнением ассоциативной техники. В сновидении образно выражаются только определенные элементы скрытых мыслей. Психоаналитику важно не вложить в чужое сновидение свой собственный смысл. Фрейд выделил четыре вида взаимоотношений между элементами сновидения и их действительным значением: часть вместо целого, намек, олицетворение и символика. Фантазия взрослых в сновидениях располагает необъятным символическим материалом ассоциаций и воспоминаний. Количество объектов, изображаемых символически в сновидениях, невелико: человеческое тело в целом, родители, дети, братья и сестры, рождение, смерть, нагота и др. Элементы сексуальной жизни — гениталии, половые процессы и сношения — изображаются при помощи разнообразной и богатой символики.

В соответствии со взглядами Фрейда сновидение является искаженным представлением (репрезентацией) скрытого несовместимого желания, не согласующегося с сознательной установкой, в силу чего оно цензурируется, т. е. искажается так, чтобы сознание его «не узнало». Работа сновидения — это процесс отбора, сгущения, искажения, трансформации, инверсии, перемещения, наглядного изображения мыслей и высказываний, символизации, вторичной обработки и других модификаций первоначального желания. Сновидение представляется «царской дорогой» (*via regia*), большой дорогой, связывающей подсознательную жизнь с сознательной.

Методика анализа сновидений совпадает с психоаналитической. Во время анализа связываются воедино «случайные» мысли, которые возникают в процессе свободного ассоциирования по каждому элементу сновидения при соблюдении основного правила психоанализа. В контексте психоанализа психотерапевт помогает пациенту интерпретировать сон, чтобы облегчить ему обнаружение бессознательного материала. Прежде всего важно развить способность больного использовать компоненты сновидения как отправную точку для относительно свободного ассоциирования. В

начальной фазе *интерпретации* сновидений психотерапевт обычно концентрирует внимание на поверхности пережитого пациентом, на так называемых «остатках дня», недавних событиях, послуживших материалом для явного содержания сновидений. Это позволяет больному узнать, что сновидения можно исследовать и пытаться понять. По мере осознания пациентом действия механизмов *сопротивления*, защиты и *переноса* он обретает способность раскрывать все более бессознательные значения сновидения, отражающие вытесненные желания и страхи. Некоторые сновидения вообще не поддаются полной интерпретации во время лечения. Так как они проистекают из совокупности еще не знакомого до этого момента психического материала, то понять их можно только по окончании лечения.

Значительный вклад в изучение сновидений и в дело их использования в психотерапии внес Юнг (Jung C. G.). Он отверг теорию сновидений Фрейда как исполнения желаний, выделяя вместо этого функцию компенсации в бессознательных процессах и теологический характер последних. Каузальная точка зрения Фрейда на сновидение, по мнению Юнга, ведет к единообразию смысла и интерпретации, фиксированному значению символа, в то время как теологическая точка зрения «постигает в образе сновидения выражение измененной психологической ситуации и не признает фиксированного значения символа». В широком смысле Юнг определяет сновидение как «спонтанное самоизображение действительной ситуации в бессознательном, представленное в символической форме».

Юнг считал комплексы (отколовшиеся образования личности) «архитектором сновидений и царской дорогой к бессознательному». Он уделял особое внимание сновидениям в случаях возникновения затруднений в ходе аналитической психотерапии. По мнению Юнга, если достаточно долго и основательно размышлять над содержанием сновидения, то всегда что-то обнаружится для понимания проблем пациента. Нередко сновидения обращены к прошлому и напоминают о забытом и утраченном. В этом случае они могут помочь преодолеть застой, продемонстрировать возможности развития личности, сновидения могут также указывать на проблемные, конфликтные текущие жизненные ситуации, которые в таком аспекте никогда не воспринимались сознанием данного пациента. Юнг считал, что сновидение ничего не скрывает — мы просто не понимаем его языка непосредственно. При анализе сновидений он использовал филологический метод и логический принцип, называемый амплификацией (расширением), т. е. поиск параллелей. С помощью амплификации происходит увязывание личностного контекста сновидений с универсальными образами. Амплификация предполагает использование исторических, мифических и культурных параллелей, для того чтобы прояснить метафорическое содержание символов сновидения. Этот подход к интерпретации сновидения позволяет сновидцу понять как уникальность проявлений бессознательного, так и его универсальный смысл, увидеть свою личность как синтез индивидуального и коллективного начал. Поэтому Юнг считал осведомленность в вопросах психологии первобытных народов, мифологии, археологии и сравнительной истории религий важной для психотерапевта, так как в этих областях находятся аналогии, которыми можно обогатить идеи пациентов. Психоаналитик старается помочь больному разобраться в действенных моментах его сновидений и сделать для него ясным общий смысл содержащихся в них символов. Если сновидение основано на личностном материале, то и ассоциации носят индивидуальный характер, но если сон мифологичен по структуре, то его язык универсален и любой интерпретатор может использовать параллели для конструирования текста. Когда в сновидениях проявлялись архетипические фигуры, Юнг объяснял пациенту, что его случай не уникален и его психика функционирует на уровне, близком к общечеловеческому. Психическое страдание нередко изолирует человека от общества, и здесь немалую роль играет понимание или, как считал Юнг, вера в то, что конфликт не индивидуальная трагедия, а одновременно страдание всех, общая ноша времени. Эта точка зрения поднимает человека над собой и объединяет со всем человечеством. Возведение болезни на общий, более высокий и безличный уровень имеет значительный лечебный эффект.

Юнг подчеркивал, что сновидения являются своеобразным творением бессознательного и их нельзя истолковывать только в качестве симптома вытеснения. Он полагал, что сны являются каналами связи с бессознательной стороной психики, они передаются символическим языком, но совсем не обязательно обусловлены желаниями или представляют тот или иной способ скрыть неприемлемое. Чаще всего сновидения дополняют сознательную дневную жизнь, компенсируя ущербные проявления индивида. В ситуации невротического расстройства сновидения могут предупреждать о «сходе» с

правильного пути. Юнг предпочитал анализировать не единичные сновидения, а серии их, так как это позволяет выделить устойчивые информативные признаки. Обычно он спрашивал пациента о каждом элементе сновидения: «Каким образом эта вещь могла возникнуть в поле вашего сознания?» или «А каковы ваши ассоциации с... (например, с этим домом)?». Юнг часто предлагал больным нарисовать то, что явилось им во сне или в фантазии, считая, что материальное оформление образа вынуждает к длительному рассмотрению его во всех деталях, благодаря чему он может полностью проявить свое воздействие.

Таким образом, интерпретация сновидений по Юнгу (Samuels A., Shorter B., Plaut F., 1994) включает следующие положения: 1) интерпретация должна привнести нечто новое в сознание, но не повторяться и не морализировать; она может уловить компенсаторно-психологическое намерение процесса сновидения; 2) интерпретатор должен принимать во внимание личный контекст жизни индивида и его психобиографического опыта; эти факторы наряду с влиянием его социального окружения (которое иногда называют коллективным сознанием) выявляются путем ассоциации; 3) символическое содержание сна — вне зависимости от его сюжета — становится более ценным, если сравнивается с типичными культурными, историческими, мифологическими мотивами; они обогащают личный контекст сновидения и связывают его с «коллективным бессознательным»; подобные сравнения подразумевают трудоемкую работу по амплификации; 4) интерпретаторам следует «оставаться верными образу сна», держаться как можно ближе к содержанию сновидения; ассоциация и амплификация рассматриваются как способы придания изначальному образу большей живости, значения и доступности; тем не менее образ сна принадлежит самому сновидцу и его следует соотносить с его собственной психической жизнью; 5) основной критерий «плодотворности» интерпретации — делает ли она возможным сдвиг в позициях сознания сновидца. Кроме того, Юнг считал, что большинство снов может интерпретироваться на субъективном уровне (подразумевается «глубина», или уровень, интрапсихического изменения личности) или на объективном уровне (предполагается выход на поверхностный уровень, в мир реальных жизненных событий).

В связи с появлением новых возможностей представляет интерес работа со сновидениями в психодраме. Если психоанализ различает две категории сна, т. е. явное и скрытое содержание сновидения по Фрейд, или значение сновидения на объективном и субъективном уровнях по Юнгу, то в психодраме принимается во внимание третья категория — экзистенциальное содержание сновидения, или содержание действия по Морено (Moreno J. L.). В нем скрытое и явное содержания сновидения совпадают. При психодраматической переработке сновидения оно не истолковывается на уровне рационального, а проясняется в процессе игры благодаря мореновскому синтезу действия и речи, предсознательного и сознательного в близком ко сну, но все же сознательном психическом состоянии пациента. Все толкования исходят от самого протагониста, но к ним он подводится не через размышление, а непосредственно путем спонтанного действия и эмоционального переживания образов сновидения. Лейтц (Leutz G. A., 1994) пишет, что, опираясь на свой огромный опыт психодраматической работы со сновидениями, Морено утверждал следующие постулаты: 1) человек глубже всего способен почувствовать нечто на уровне психодраматического действия, потом на уровне реальности и только затем — на вербальном уровне непсиходраматической психотерапии; 2) «вызывание» и осознание в процессе психодрамотерапии важных событий из прошлого и настоящего, сновидений и фантазий находится в прямо пропорциональном отношении с глубиной переживания, которой пациент достигает в психотерапии; 3) психотерапевтического изменения личности и стойкого исцеления можно достичь только на уровне действия. При психодраматической работе со сновидениями ведущий просит протагониста представить на сцене, например, в соответствии с содержанием сновидения, реальную спальню. Там, где стоит его кровать, протагонист ложится на пол. Сцена слегка затемнена. Протагонист закрывает глаза. Он сосредоточивается на приснившемся образе и описывает увиденное. «Сновидца» просят изобразить сон на сцене. Пациент выбирает из группы тех участников, которые будут действующими лицами его сновидения, затем расставляет на сцене воображаемые декорации и приступает к воспроизведению сна в психодраме. Сновидение или его продолжение в виде сна наяву может выйти на уровень реального или оставаться в символической форме. После воспроизведения сна осуществляется ролевая обратная связь протагониста и партнеров. Они описывают чувства, пережитые ими в процессе изображения персонажей из сновидения.

Психодраматическая работа со сновидением состоит из трех частей: воспроизведения самого сна, его продолжения и спонтанной актуализации латентного желания, или обращения необратимого события.

Преимущество психодраматической работы со сновидениями по сравнению с психоанализом заключается в возможности символической драматизации продолжения сновидения, которое обычно прерывается в кульминационной точке конфликта или затруднительного положения. Для протагониста это психодраматическое продолжение представляет собой полемику со скрытым образом сновидения, которая почти всегда приводит к разрешению конфликта, пережитому в эмоциональном действии.

В отличие от психоанализа, в *гештальт-терапии* сновидения не интерпретируются — они «проигрываются» и используются для интеграции личности. Перлс (Perls F. S.) считал, что различные части сна являются фрагментами личности. Для того чтобы достичь интеграции, необходимо их совместить, снова признать своими эти спроецированные, отчужденные части личности и скрытые тенденции, которые проявляются в сновидении. С помощью проигрывания объектов сна, отдельных его фрагментов может быть обнаружено содержание сновидения через его переживание, а не посредством анализа. Каждый элемент сновидения рассматривается как потенциальный источник содержания, связанного с определенным аспектом реального существования пациента. Сущность работы над сновидением состоит в оценке его как актуального, а не прошедшего, явления и как формы действия, а не основы для интерпретации. Поскольку идентификация представляет собой противоположность отчуждению, отождествление с отдельными элементами сновидения благоприятствует наиболее полному контакту с отделившимися фрагментами собственной личности, способствует их ассимиляции и, таким образом, приводит к росту интеграции личности.

В ситуации, когда сновидения больного бедны, его можно научить видеть сны в гипнотическом трансе или — с помощью постгипнотического *внушения* — во время нормального сна. Посредством внушения содержание сна можно связать с теми или иными общими или частными проблемами. Если желаемого удастся добиться хотя бы однажды, обычно оказывается, что пациент обретает способность видеть сны и вне *гипноза*. Гипноз можно использовать также для воспроизведения забытых элементов сна, выяснения деформаций, цель которых состоит в сокрытии значения сна («вторичная обработка»), и для того, чтобы облегчить пациенту постижение (через значение снов) его отношения к другим людям и компонентам его повседневного бытия. Гипноз может спонтанно актуализировать те сны, которые оказались забытыми, поэтому он показан больным, которые не могут запомнить свои сны. Сновидения в гипнотическом состоянии бывают спонтанными и отражают неосознаваемые установки, воспоминания, чувства и конфликты. Они также могут раскрыть пациенту значение пережитого в гипнотическом состоянии, а также деформацию его отношения к психотерапевту, обусловленную тем, что он путает последнего с авторитетными лицами из собственного прошлого.

Таким образом, различия в понимании сновидений представителями разных направлений доказывают сложность и многосторонность этого удивительного феномена человеческой психики, необходимость дальнейшего его изучения и раскрытия возможностей использования в психотерапии.

**СОКРАТОВСКИЙ ДИАЛОГ.** В предисловии к своей книге «Психоневрозы и их психическое лечение» Дюбуа (Dubios P., 1912) писал: «...рациональная психотерапия представляет собой "перевоспитание", с помощью которого "нужно" развить и укрепить ум больного, научить его правильно смотреть на вещи, умиротворить его чувства, меня вызвавшие их представления. Для этого нет другого средства, кроме *убеждения* посредством диалектики, которое можно было бы назвать сократовским методом».

С. д. можно даже представить в виде своеобразной интеллектуальной борьбы, в ходе которой корректируются непоследовательные, противоречивые и бездоказательные суждения больного. Психотерапевт постепенно, шаг за шагом подводит пациента к необходимому и запланированному выводу. В основе этого процесса лежит логическая аргументация, составляющая суть методики С. д. Во время беседы психотерапевт задает вопросы пациенту таким образом, чтобы тот давал лишь положительные ответы, на основе чего пациент подводится к принятию суждения, которое в начале беседы не принималось, было непонятным или неизвестным.

Обосновывая эффективность психологических воздействий, в основе которых лежит убеждение, Кречмер (Kretschmer E., 1928) вслед за Дюбуа характеризовал методы переубеждения посредством диалектики, настойчивого уговаривания и доказательства с выдвижением убедительных логических

доводов как «метод древнего Сократа». При ноогенных неврозах Франкла (Frankl V. E.), связанных с утратой смысла жизни, в процессе *логотерапии* также используется методика С. д., позволяющая подтолкнуть пациента к открытию им для себя адекватного смысла жизни. Большую роль при этом играет личность самого психотерапевта, однако навязывание им своего понимания смысла жизни недопустимо.

Среди методик эмоционально-стрессовой психотерапии В. Е. Рожнов (1989) называет *рациональную психотерапию* в виде С. д. Во время эмоционально насыщенной беседы врач умело поставленными вопросами подводит больного к *осознанию* необоснованности своих опасений. Стойкий психотерапевтический эффект в немалой степени связан с тем, что пациент полагает, будто он сам пришел к новым для себя суждениям и выводам и они соответствуют его системе личностных установок.

Г. Б. Геренштейн в своей книге «Введение в практическую психотерапию» (1927) приводит пример психоаналитического лечения, где в беседах с пациенткой описывал фрагмент разговора, который вполне может отразить прием С. д. В нем врач пытается убедить больную, что невротический симптом исчезнет после того, как она осознает его смысл. «Скажите, — говорю я ей, — к какому разряду жизненных явлений вы относите наши, например, сновидения — сознательных или бессознательных?» — «Ну конечно, бессознательных». — «Так. А вам снятся кошмарные сновидения?» — «Как же, я иногда так мучаюсь во сне». — «То есть как это вы мучаетесь?» — «А очень просто: мне бывает иногда так тяжело и я так кричу от боли, что просто задыхаюсь и просыпаюсь вся в поту». — «И все это от сновидения, обусловленного игрой бессознательного?» — «Ну да». — «Ну, вообразите теперь, что я, врач, наблюдаю, как вы страдаете от такого кошмарного сновидения, когда вы мечетесь, кричите от боли, задыхаетесь и т. п., что я, по-вашему, должен был бы сделать: впрыснуть вам морфий или положить компресс на сердце?» — «Да просто меня разбудить». — «А для чего же вас будить?» — «А для того, чтобы мне стадо понятно, что это был сон». — «Так вот что! Значит, для того чтобы освободить вас от страданий, обусловленных бессознательным, вы предлагаете вас разбудить, то есть подвергнуть их контролю сознания, и тогда, поняв, что это только кошмарный сон, вы от этих страданий избавитесь. Точно так же и здесь, поскольку вы не понимаете, откуда у вас это... вы и страдаете, как от кошмарного сна; лишь только вы поймете, какими мотивами оно обусловлено, — вы от него избавитесь. Допускаете это?» — «Да, теперь для меня ясно».

Описанный выше пример показывает, что С. д. может быть элементом различных личностно-ориентированных психотерапевтических методов, задачей которых является вовлечение пациента в сотрудничество и расширение сферы его сознания.

**СОМАТО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПО МАУРЕР.** Разработана Маурер (Maurer I., 1986) — директором Института сомато-ориентированной психотерапии в Цюрихе. Под этим методом автор понимала интегративный психотерапевтический подход, в котором учитываются не только психосоциальные и личностные факторы, но и телесная форма функционирования человека.

Целью метода является развитие адекватного *осознания* пациентом реальности, самосознания и самопонимания, а также осознания взаимосвязей между его духовной и соматической сферами.

При проведении С.-о. п. п. М. большое значение придается способности психотерапевта к многомерному мышлению, целостному восприятию поведения больного на его психологическом, социальном, экологическом, соматическом и трансцендентном уровнях, умению устанавливать эмпатическую коммуникацию и находить общий язык в речевом взаимодействии с пациентом. В процессе С.-о. п. п. М. выделяется ряд этапов: установление эмоционального контакта; интеграция в сознании психотерапевта разрозненных впечатлений; осознание им того состояния пациента, которое должно быть достигнуто в результате психотерапевтических воздействий; непосредственная переработка больным *психотерапевтических вмешательств*; интеграция переработанного материала в собственное содержание психики пациента; осуществление пациентом спонтанных действий, связанных с уже приобретенной в результате психотерапии новой ориентацией в собственной личности и жизни.

В системе психотерапевтических приемов С.-о. п. п. М. используются внутренние диалоги, *психогимнастика*, *релаксация* и *медитация*, тренировка в общении, *двигательная терапия* и др. Специфическим приемом С.-о. п. п. М. является применение визуальных изображений рисунков

(соматографии — изображения собственного тела и тимографии — проекции глубинного психического содержания — как метода актуализации и осознания пациентом внутренних психических состояний, отражающих взаимосвязь личностной и соматической сфер). Тем самым достигается осознание и контроль пациентом соматически и сенсорно обусловленных чувств, связанных с его заболеванием. Рекомендуются использовать этот метод в рамках индивидуальной, групповой и семейной форм психотерапии.

Основу теоретических предпосылок С.-о. п. п. М. составляет эклектический подход, сочетающий главным образом модели психоаналитической и *экзистенциальной психотерапии*. Механизмы развития психических расстройств трактуются в рамках психодинамической и гуманистической теорий личности, дополнением к которым является представление о целостности психофизиологической организации человека и о целостном понимании симптоматики. Опыт применения С.-о. п. п. М. позволяет считать ее вполне релевантной в системе лечения больных с пограничными психическими расстройствами и соматическими жалобами.

Этот подход к целостному пониманию больных и их психотерапии в некоторых аспектах сходен с принципами и техническими приемами разрабатываемой в нашей стране интегративной *личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Таишкова*, особенно в отношении больных с так называемыми «органными» неврозами и психосоматическими расстройствами. По отношению к пациентам с соматической концепцией во «внутренней картине болезни» наиболее эффективен специфический психотерапевтический подход, учитывающий при выборе методов психотерапии и ее проведении единство психической и соматической сфер функционирования больных, приобретение ими умения противодействовать замыканию переживаний на соматической сфере. С учетом доминирующего у этих пациентов кинестетического способа восприятия и переработки информации при психотерапевтических воздействиях важен акцент на телесном «Я», а также активное использование невербальных методов психотерапии.

**СОМНАМБУЛИЗМ** (от лат. *somnus* — сон, *ambulo* — ходить). Снохождение (лунатизм), совершение последовательных действий в состоянии глубокого сна или *гипноза*.

С. может быть патологической формой сна, сопровождающейся двигательными проявлениями, а также наиболее глубокой степенью гипнотического состояния. Сомнамбулическая стадия гипноза характеризуется, как правило, амнезией и выполнением не только гипнотических, но и постгипнотических внушений (см. *Постгипнотическая суггестия*). Она вызывается примерно у 10% всех гипнотизируемых. С помощью гипнотических *внушений* в этой стадии можно вызвать у гипнотизируемого галлюцинации, заставить выполнять его различные действия в соответствии с внушенной ситуацией, отвечать на вопросы, добиться потери чувствительности к болевым раздражителям, выключения функции любого анализатора (внушить глухоту, слепоту, утрату обоняния, вкуса).

Как редкое осложнение *гипнотерапии* встречается спонтанный С. Он развивается преимущественно у истерических лиц и проявляется потерей раппорта гипнотизирующего с гипнотизируемым, у которого наблюдается сомнамбулическое состояние с галлюцинациями и сложными формами поведения.

**СОМНОПСИХОТЕРАПИЯ ПО ПЕРЕЛЬМУТЕРУ.** Суггестивный метод, заключающийся в том, что *внушение* или беседа проводятся с больным, находящимся в состоянии глубокого медикаментозного сна. Глубиной сна этот метод отличается от *наркогипноза*, наркосуггестии и наркоанализа. Факт внушения больной забывает. М. М. Перельмутер (1949) исходит из положения, сделанного им на основании клинических наблюдений, что возможен контакт с лицами, находящимися в состоянии, имеющем все признаки бессознательного. Даже факт амнезии, по мнению автора, не может свидетельствовать определенно, категорично, находился ли человек в бессознательном состоянии или в состоянии измененного сознания.

Наркотический сон вызывается гексеналом (10 мл 10% раствора внутривенно), выбор которого обосновывается его безопасностью при медленном внутривенном введении, исключительно быстрым наступлением сна, чрезвычайно сходного со сном физиологическим. Больному, находящемуся в состоянии глубокого наркотического сна, делаются внушения различного содержания (например, бездеятельным — читать, работать; беспокойным — вести себя спокойно; отказывающимся от еды —

есть самостоятельно и т. д.). Внушение относится лишь к одному действию или к подавлению, торможению одного действия, стремления, влечения. Суггестия проводится в императивной форме и в форме рационального, мотивированного внушения. Курс включает 3-5 сеансов сомнопсихотерапии.

Метод применялся при лечении шизофрении, реактивных состояний, психопатий, циркулярного психоза.

**СООБЩЕСТВО АНОНИМНЫХ АЛКОГОЛИКОВ (АА) И ЕГО ПРОГРАММА «12 ШАГОВ».** Сообщество АА возникло после встречи в г. Акроне, штат Огайо (США), двух «безнадежных» — биржевого маклера Билла (Уильям Гриффит Вильсон, 1895-1971) и хирурга Боба (Роберт Хальбрук Смит, 1879-1950). Билл прошел курс лечения уже в десятках наркологических заведений, а Боб не мог больше оперировать. Благодаря Сообществу АА оба они отказались от алкоголя до конца жизни.

Датой рождения Сообщества АА принято считать 10 июня 1935 г. Основы движения АА были заложены несколько раньше членами научно-религиозной Оксфордской группы. Одним из идеологов этой группы был *Юнг* (Jung C. G.), идеи которого нашли отражение в принципах работы групп АА. В 1953 г. Сообщество АА насчитывало 111 000 членов, объединенных в 5000 групп (в основном в США и Канаде), однако в 1988 г. оно охватывало уже 1,7 млн. человек (свыше 83 000 групп). В настоящее время программа АА используется в 140 странах и насчитывает более 3 млн. членов. Гербом Сообщества АА является круг и вписанный в него треугольник. Круг означает всемирное значение Сообщества АА, стороны треугольника символизируют выздоровление, единство и помощь.

Основой существования АА является анонимность, которая выполняет две разные, но одинаково важные функции:

- на уровне личного общения анонимность позволяет членам сообщества предотвратить разглашение того факта, что они больны алкоголизмом — болезнью, порицаемой обществом;

- при контактах с прессой, радио, телевидением анонимность подчеркивает равенство всех членов сообщества, пресекая тем самым возможность воспользоваться своим членством в нем для достижения признания власти, обогащения и других личных выгод.

Устав АА запрещает какую-либо рекламу Сообщества. АА готово предоставить любую информацию о своей деятельности всем желающим, но никогда активно не вовлекает в него. Член группы АА может в любой момент выйти из него и вновь вернуться в любую группу.

Добровольность принятого решения имеет очень сильный психотерапевтический эффект и мобилизует больного алкоголизмом с большей ответственностью относиться к собственному лечению — выздоровлению.

В 1939 г. была издана первая книга «Анонимные Алкоголики», в которой алкоголизм описывался с точки зрения самих больных алкоголизмом, были сформулированы основные духовные идеи и 12 шагов (ступеней) программы АА, которые предлагались как программа выздоровления.

Предлагаемая Сообществом АА программа выздоровления изложена в «12 шагах». Для поддержания единства Сообщества АА служат 12 традиций. Основная существенная информация о Сообществе АА содержится в так называемой «Пreamбуле АА»: «Анонимные Алкоголики являются сообществом мужчин и женщин, которые делятся друг с другом своим опытом, силой и надеждой с целью решить свою общую проблему и помогать другим выздороветь. Единственным условием членства является желание бросить пить. В Сообществе АА нет членских взносов и билетов. Оно само обеспечивает себя путем добровольных взносов. Сообщество АА не связано ни с какой сектой, с вероисповеданием, партией или организацией; оно не вступает ни в какие полемики, не занимает никакой точки зрения в каких бы то ни было спорах. Нашей первой целью является сохранение трезвости и помощь другим алкоголикам в ее достижении».

Первое знакомство с содержанием «12 шагов» может вызвать подозрение, что тебя пытаются заманить в какую-то организацию или секту. Так могут рассуждать только те, кто знаком с программой поверхностно и потому не знает, что от членов Сообщества АА никто не требует признания одной-единственной концепции Бога («силы большей, чем мы сами»). При более внимательном изучении содержания «12 шагов» легко можно заметить, что любой член Сообщества АА сам определяет свою «Высшую силу», т. е. Бога «как он Его понимает», и никто из остальных членов не вправе что-либо диктовать. Один из основателей сообщества АА, Билл, в книге под названием «АА достигают зрелости»

по этому вопросу писал: «Атеистам и агностикам скажи четко, что они вовсе не обязаны принимать Бога в нашем понимании. Пусть вместо Бога признают какую-либо свою разумную правду. Самое важное, чтобы все они поверили, что существует какая-то сила, более великая, нежели они сами».

Программа практически доступна для любого алкоголика, невзирая на его возраст, образование, общественное положение, религию. Она позволяет взглянуть на суть болезни (зависимости) и на самого себя, проанализировать свои межличностные контакты, помогает познать и обогатить потенциальные возможности собственного «Я», а также дает ориентиры для достижения трезвости. Трезвость в Сообществе АА понимается значительно шире, чем сама абстиненция, поскольку она подразумевает другой, измененный способ мышления, восприятия себя и других, а также способность зрело и «трезво» жить и функционировать. Сформулированные в «12 шагах» цели реализуются отдельными членами групп по-разному, а «шаги» лишь предлагают очередность анализа собственных переживаний и опыта и достижения перемен. То, что происходит с человеком, добросовестно выполняющим программу «12 шагов», весьма тождественно происходящему с ним во время психотерапевтического процесса (Woronowicz В. Т., 1990, 1992). Обязательные нормы, формы работы и языковые обороты заметно разнятся между собой, но тем не менее процесс самопознания и знакомства со своими проблемами, проявление готовности к личностным изменениям и самих изменений поведения очень сходны. Рассмотрим под этим углом зрения отдельные шаги.

1-й шаг — «Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признались в том, что потеряли контроль над своей жизнью» — является началом всех действий, способствующих прекращению алкоголизации. Подчеркивается необходимость признания собственного бессилия по отношению к алкоголю и неизбежность своей капитуляции, без чего не может начаться процесс выздоровления. Это очень важный шаг, ибо только *осознание* своего бессилия и потери контроля над собственной жизнью, а также *убеждение* в окончательном поражении могут вызвать у алкоголика потребность обратиться за помощью.

2-й шаг — «Мы пришли к убеждению, что только Сила, более могучая, чем наша собственная, может вернуть нам здоровье» — призывает к умалению своего «Я», ибо вера в «Силу более могучую» несовместима с чувством собственной исключительности, своего всемогущества. Опора на «Силу более могучую» осуществляется посредством как признания существования Бога («как мы Его понимаем»), так и обращения за помощью к другому человеку (к терапевту, супругу, спонсору Сообщества АА) или коллективу. 2-й шаг позволяет алкоголику избавиться от чувства «центра мироздания» и связанных с ним гнетущих обязанностей.

3-й шаг — «Приняли решение перепоручить нашу волю и нашу жизнь Богу как мы Его понимаем» — это начальный шаг, поскольку он опирается на действия, ограничивающие собственную волю и чувство силы. В трудные моменты жизни поддержкой для лиц, прорабатывающих этот шаг, может служить молитва о душевном покое, «позаимствованная» членами Сообщества АА у римского императора Марка Аврелия: «Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество — изменить то, что могу, и мудрость — отличить одно от другого».

4-й шаг — «Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения» — это призыв взглянуть на себя честно, без обмана, отмечая как свои недостатки, так и достоинства, осознавая причины происшедшего. Добросовестный и искренний анализ («с нравственной точки зрения») дает верный диагноз ситуации, что, в свою очередь, позволяет предпринять меры, направленные на достижение желаемых изменений.

5-й шаг — «Признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу своих заблуждений» — можно сравнить с исповедью, освобождающей человека от чувства одиночества, позволяющей надеяться на прощение со стороны другого человека и тем самым примирение с самим собой. Избавление от чувства изоляции и вины и вместе с тем обретение реалистичного образа самого себя — вот очередные действия по пути к достижению состояния внутреннего покоя, дающего возможность выздоровления (трезвости).

6-й шаг — «Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от всех наших недостатков» — предлагает подготовиться к дальнейшим изменениям. Готовность к избавлению от всех своих слабостей является условием совершенствования. Однако совершенство для большинства людей недостижимо. Тем не менее можно стремиться к заданной цели, постоянно самосовершенствуясь.



7-й шаг — «Смирненно просили Его исправить все наши недостатки» — создает фундамент полной капитуляции, подготовка к которой проводилась ранее. Особо подчеркивается необходимость смирения (не смешивать с унижением) и изменения жизненных условий. Многолетний опыт показывает, что ни один алкоголик не способен сохранить трезвость, забывая о чувстве смирения.

8-й шаг — «Составили список всех тех, кому мы причинили зло, и преисполнились желанием загладить свою вину перед ними».

9-й шаг — «Лично возместили причиненный этим людям ущерб, где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому» — это шаг конкретных действий, которые позволяют упорядочить свои отношения с окружающими. Предлагается произвести огромную работу в эмоциональной сфере, без чего невозможно собственное перерождение и изменение отношений с другими людьми. Составление списка тех, кому мы причинили зло, и возмещение причиненного ущерба позволяет в конечном счете избавиться от чувства вины и согласиться с последствиями имевшей место ранее несправедливости. Совершение этого акта, как и при психотерапии, позволяет продолжать процесс выздоровления.

10-й шаг — «Продолжали *самоанализ*, и когда допускали ошибки, сразу их признавали» — учит подводить итоги, ежедневно отмечать свои как хорошие, так и слабые стороны характера, признаваться в них, исправлять их «на ходу». Шаг предохраняет от возврата к старым представлениям и поведению, которые могли бы затормозить процесс выздоровления и спровоцировать возврат к употреблению алкоголя.

11-й шаг — «Стремление путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом как мы Его понимаем, моление лишь о знании Его воли, которую нам следует исполнить, и о даровании силы для этого» — в очередной раз укрепляет смирение и довершает капитуляцию, а также подчеркивает «духовный» аспект программы.

12-й шаг — «После духовного пробуждения мы старались донести смысл наших идей до других алкоголиков и применять эти принципы во всех наших делах» — является допингом для тех, кто, будучи трезвым, живет «новой жизнью». Они понимают, что для закрепления временного успеха необходимо делиться своим опытом с другими. «Нести послание» путем оказания помощи другим дает удовлетворение и одновременно воспитывает чувство уважения к самому себе, без чего алкоголик не в состоянии достичь полной трезвости.

Нетрудно заметить, что 1-й шаг способствует замене образа человека, контролирующего количество выпитого алкоголя, на образ личности, которая это делать не в состоянии. Поскольку опыт многочисленных проб самостоятельного решения алкогольной проблемы учит, что возврат к здоровому образу жизни без внешнего воздействия невозможен, необходимым является поиск Высшей Силы, которая могла бы в этом помочь (2-й шаг). Очередным действием должно быть согласие воспользоваться этой помощью (3-й шаг). Следующие действия — это анализ ситуации, вызывающей страх и чувство вины (4-й шаг). Затем следует поделиться своими проблемами с Высшей Силой и с другими людьми, т. е. избавиться от чувства одиночества и получить надежду на прощение (5-й шаг). После соответствующей подготовки (6-й шаг) следует обращение к Высшей Силе с просьбой о помощи в совершении перемен (7-й шаг). Составление списка обиженных (8-й шаг) позволяет исправить и забыть содеянное зло (9-й шаг), 10-й шаг — это совет систематического повторения 4-го и 5-го шагов для сохранения эмоционального равновесия, что обеспечивает непрерывность процесса выздоровления. Во время прорабатывания 11-го шага укрепляется фундамент, заложенный в 3-м, т. е. вера в помощь Высшей Силы. 12-й шаг — это венец всех пройденных шагов, он воспевает жизнь и бескорыстное даяние.

Программа Сообщества АА «12 шагов» определяет направление и этапы процесса психотерапии и, подобно ей, позволяет устранить признаки болезни, а также добиться положительных изменений в состоянии здоровья и поведения при помощи психологических средств.

Наиболее компетентными людьми в этой области являются специально подготовленные терапевты-консультанты, бывшие алкоголики, не употребляющие алкоголь в течение нескольких лет и являющиеся членами Сообщества АА.

Программа «12 шагов» после небольшой адаптации нашла применение в сотнях других групп самопомощи. В мире существуют, например, группы Анонимных наркоманов (с 1953 г.), Анонимных

азартных игроков (с 1957 г.), Анонимных обжор (с 1960 г.), Анонимных лиц с эмоциональными проблемами (с 1971 г.), Анонимных должников (с 1976 г.), Анонимных кокаинистов (с 1982 г.), Анонимных никотинистов (с 1985 г.), а также группы Взрослых детей алкоголиков (с 1984 г.). Кроме того, существуют группы Анонимных астматиков, Страдающих мигренью, Суицидентов, людей, имеющих семейные проблемы, и т. п. Эти факты однозначно говорят об универсальности и популярности программы «12 шагов».

В Большой книге, которую также называют Библией Анонимных Алкоголиков, содержатся 30 личных историй болезни, в которых алкоголики честно рассказали о своем алкогольном прошлом и о своем возвращении к трезвому образу жизни. Книга «Анонимные Алкоголики» стала основным текстом сообщества и до сих пор является таковым. Быстрый рост движения АА в США после публикации этой книги вызвал множество проблем с членством, деньгами, личными взаимоотношениями, руководством группами и т. д. Чтобы преодолеть возникшие в ходе развития АА проблемы, в 1946 г. были опубликованы и затем одобрены на I международном съезде АА в Кливленде в 1950 г. 12 традиций:

1. Наше общее благополучие должно стоять на первом месте; личное выздоровление зависит от единства АА.

2. В делах нашей группы есть лишь один высший авторитет — любящий Бог, воспринимаемый нами в том виде, в котором Он может предстать в нашем групповом сознании. Наши руководители всего лишь облеченные доверием исполнители, они не приказывают.

3. Единственное условие для того, чтобы стать членом АА, — это желание бросить пить.

4. Каждая группа должна быть вполне самостоятельной, за исключением дел, затрагивающих другие группы или АА в целом.

5. У каждой группы есть лишь одна главная цель — донести наши идеи до тех алкоголиков, которые все еще страдают.

6. Группе АА никогда не следует поддерживать, финансировать или предоставлять имя АА для использования какой-либо родственной организации или посторонней компании, чтобы проблемы, связанные с деньгами, собственностью и престижем, не отвлекали нас от нашей главной цели.

7. Каждой группе АА следует полностью опираться на собственные силы, отказываясь от помощи извне.

8. Сообщество Анонимных Алкоголиков должно всегда оставаться непрофессиональным объединением, однако наши службы могут нанимать работников, обладающих определенной квалификацией.

9. Сообществу АА никогда не следует обзаводиться жесткой системой управления; однако мы можем создавать службы или комитеты, посредственно подчиненные тем, кого они обслуживают.

10. Сообщество Анонимных Алкоголиков не придерживается какого-либо мнения по вопросам, не относящимся к его деятельности; поэтому имя АА не следует вовлекать в какие-либо общественные дискуссии.

11. Наша политика во взаимоотношениях с общественностью основывается на привлекательности наших идей, а не на пропаганде; мы должны всегда сохранять анонимность во всех наших контактах с прессой, радио и кино.

12. Анонимность — духовная основа всех наших традиций, постоянно напоминающая нам о том, что главным являются принципы, а не личности.

Сообщество АА издает информационные брошюры, переиздает основные книги: «Анонимные Алкоголики», «12 шагов и 12 традиций», «Жить трезвым».

Один из видных деятелей АА Виктор О., отвечая на вопрос, есть ли методы и программы более эффективные, чем АА, сказал: «Да, несомненно, есть — это содружественная работа АА и профессионалов». Подходы, найденные в сообществе АА, лежат в основе лечебных программ многих реабилитационных центров для наркозависимых.

Первые группы АА в нашей стране организованы в 1988 г. (в Ленинграде — группы «Алмаз» и «Нева», в Москве — группа «Московские начинающие»). В настоящее время движение АА в России ширится, группы АА имеются практически во всех крупных городах.

**СОПРОТИВЛЕНИЕ.** Фрейд (Freud S., 1900) принадлежит лаконичное и образное определение С., данное им в работе «Толкование сновидений»: «Все, что препятствует прогрессу аналитической

работы, является С.»).

С. — как специальный термин (Райкрофт Ч., 1995) — является противодействием превращению бессознательных процессов в сознательные, возникающим во время психоаналитического лечения. Считается, что пациенты находятся в состоянии С., если они препятствуют *интерпретациям* аналитика. Они оказывают сильное или слабое С. в зависимости от того, насколько им легко или трудно позволить аналитику понять их. С. связано с проявлением защиты (исключение, возможно, представляет «сопротивление бессознательного, вынужденное повторение»).

Когда пациенты обращаются за помощью, то они, как правило, мотивированы стремлением облегчить невротические симптомы и, кроме того, на рациональном уровне хотят сотрудничать с психотерапевтом. Однако любой пациент, независимо от того, насколько сильна и реалистична его мотивация, проявляет амбивалентность в своем желании вылечиться (Ursano R. J. et al., 1992). Те же силы, которые вызывают симптомы у пациента, действуют с целью предотвращения сознательной реконструкции воспоминаний, чувств и импульсов. Эти силы противодействуют намерениям терапии, которая стремится вернуть эти болезненные эмоциональные ощущения в сознание пациента. Фрейд (1917) характеризовал это таким образом: «Если мы стремимся вылечить больного, освободить его от болезненных симптомов, то он оказывает нам ожесточенное, упорное сопротивление, длящееся в течение всего лечения... С. чрезвычайно разнообразно, в высшей степени утонченно, часто трудно распознается, постоянно меняет форму своего проявления».

Понятие С. было введено очень рано («Исследования истерии», 1893-1895), можно даже сказать, что оно сыграло важную роль в основании *психоанализа*. Первоначально причиной возникновения С. Фрейд считал угрозу появления неприятных мыслей и аффектов. До создания метода *свободных ассоциаций* Фрейд использовал при лечении *гипноз* и пытался преодолеть С. пациентов настойчивым противодействием и *убеждением*. Позже он понял, что С. само дает доступ к вытесненному, поскольку при С. и при вытеснении действуют одни и те же силы (Greenson R.R., 1967).

Фрейд полагал, что воспоминания располагаются как бы концентрическими кругами вокруг патогенного ядра, причем чем ближе к центральному ядру мы подходим, тем сильнее оказывается С. С этого момента Фрейд трактовал С. как силу, направленную Эго против мучительных представлений: эта сила проявляется в ходе терапии из-за необходимости воспоминания. Он, по-видимому, видел источник С. в силе отталкивания, порождаемой вытесненным как таковым, в трудностях *осознания* и особенно полного приятия вытесненного субъектом. Таким образом, здесь присутствуют два различных объяснения:

- 1) сила С. зависит от степени удаленности вытесненного;
- 2) С. выполняет защитную функцию.

В работах по технике психоанализа Фрейд (1911-1915) подчеркивал, что все достижения в этой области связаны с более глубоким пониманием С., или, иначе говоря, того клинического факта, что рассказать пациенту о смысле его симптомов не достаточно для того, чтобы избавить его от вытеснения. Фрейд настаивал на том, что истолкование С. и истолкование *переноса* — это главные особенности аналитической техники. Также он считал, что перенос, при котором повторение действий заменяется рассказом о воспоминаниях, — это тоже С.; кроме того, С. использует перенос, хотя само по себе его и не порождает.

Вступление психоанализа во вторую фазу (с момента отказа от травматической теории неврозов (1897) до начала 20-х гг. и создания структурной модели психического) и признание значения внутренних импульсов и желаний в появлении конфликта и мотивации защиты не внесли существенных изменений в понятие С. Однако теперь С. стало рассматриваться как направленное не только против возврата угнетающих воспоминаний, но и против осознания бессознательных неприемлемых импульсов (Лапланш Дж., Понталис Дж. Б., 1996).

В структурной модели (Ид, Эго, Супер-Эго) акцент сдвигается на тот момент С., который связан с защитой, причем эту защиту, как подчеркивается в ряде текстов, осуществляет Эго. «Бессознательное, или, иначе говоря, "вытесненное", не оказывает никакого С. усилиям врача. Оно фактически лишь стремится освободиться от давящей на него силы и проложить путь к сознанию или же к разрядке действием. С. во время лечения возникает в тех же самых высших слоях и системах психики, которые в свое время вызвали вытеснение». Ведущую роль защиты и защитную функцию С. Фрейд подчеркивает в

работе «Торможение, симптом, страх» (1926): «...механизмы защиты от прежних опасностей начинают действовать в форме С. излечению. Это происходит потому, что "Я" видит в излечении новую опасность». А. Фрейд (Freud A., 1936) считает, что с этой точки зрения анализ С. целиком совпадает с анализом постоянных защит Эго, проявляющихся в аналитической ситуации. С., первоначально оценивавшиеся как помеха в терапии, сами становятся источником понимания душевной жизни пациентов.

Таким образом, в психоаналитической ситуации защиты проявляются как С. Несмотря на тесную связь между защитой и С., рядом авторов подчеркивается, что С. не является синонимом защиты (Гринсон, 1967; Сандлер Дж. и др., 1995; Томэ Х., Кёхеле Х., 1996, и др.). В то время как защитные механизмы пациента есть неотъемлемая часть его психологической структуры, С. представляет собой попытки пациента защитить себя против угрозы своему психологическому равновесию, возникшей в результате терапии. Концепция С. (Томэ Х., Кёхеле Х., 1996) принадлежит теории техники лечения, в то время как концепция защиты связана со структурной моделью психического аппарата. Явление С. можно непосредственно наблюдать (молчание, опоздания, перенос и т. д.), в то время как защитные механизмы необходимо логически выводить. Синонимичное употребление терминов «С.» и «защита» может привести к неправильному выводу, что само по себе описание представляет собой объяснение функций С.

Гринсон (1967) указывает, что концепция защиты включает два момента: опасность и проектирующую деятельность. Концепция С. состоит из 3 составляющих: опасности; сил, побуждающих к защите (иррациональное Эго), и сил, толкающих вперед (преадаптивное Эго).

К 1912 г. Фрейд различал два вида С. — С.-перенос и С.-подавление (вытеснение). В 1926 г. он предлагает типологию С., использующуюся до настоящего времени. Фрейд выделяет 5 форм С., 3 из них связаны с Эго. 1) С.-подавление, отражающее потребность пациента защитить себя от болезненных импульсов, воспоминаний и ощущений. Чем больше вытесненный материал приближается к сознанию, тем больше возрастает С., и задача психоаналитика состоит в том, чтобы с помощью интерпретаций способствовать переходу этого материала в сознание в форме, переносимой для пациента. 2) С.-перенос, выражающее борьбу против инфантильных импульсов, которые возникли как реакция больного на личность психоаналитика. Это сознательное утаивание пациентом мыслей о психоаналитике, бессознательные трансферентные переживания, от которых больной пытается защититься. В этом случае задача психоаналитика также состоит в том, чтобы своим вмешательством способствовать переводу содержания переноса в сознание в приемлемой для пациента форме. 3) С.-выгода — результат вторичных преимуществ, предоставляемых болезнью, нежелание пациента расстаться с ними. 4) С.-Ид — представляет собой С. инстинктивных импульсов любым изменениям в их способе и форме выражения. Этот вид С. требует для своего устранения «проработки», в процессе которой необходимо обучение новым паттернам функционирования. 5) С.-Супер-Эго, или С., обусловленное чувством вины больного или его потребностью в наказании. Например, пациент, испытывающий острое чувство вины из-за желания быть самым любимым сыном и оттеснить своих братьев и сестер, может сопротивляться любой перемене, грозящей повлечь за собой ситуацию, в которой он может преуспеть больше, чем его соперники. Как наиболее интенсивную форму С. Супер-Эго можно рассматривать *негативную терапевтическую реакцию*.

Классическая типология Фрейда впоследствии была расширена. Выделяют также: 1) С., возникающее в результате неправильных действий психоаналитика и ошибочно выбранной тактики. 2) С., связанное с тем, что изменения, происходящие в психике пациента в результате лечения, вызывают сложности в отношениях с людьми, значимыми в его жизни, например в семье, в основе которой был невротический выбор супруга. 3) С., возникающее из-за боязни закончить лечение и потерять в результате этого возможность общаться со своим психоаналитиком. Такая ситуация может возникнуть, когда пациент попадает в зависимость от психоаналитика и начинает считать его лицом, занимающим в его жизни большое место. 4) С., связанное с угрозой, которую психоанализ создает самооценке пациента, например в случае появления у него чувства стыда, вызванного воспоминаниями переживаний раннего детства. 5) С. из-за необходимости отказаться от осуществляемых в прошлом способов адаптации, в том числе от невротических симптомов, и, наконец, С., связанное с попытками изменить проявления называемого Райхом (Reich W.) «защитного панциря характера», т. е.

«фиксированных черт характера», которые остались даже после исчезновения породивших их первоначальных конфликтов (Сандлер и др., 1995).

Шпотниц (Spotnitz Н., 1969), осуществляя психоанализ шизофренических пациентов, выделяет присущие им формы С., которые в некоторых случаях можно обнаружить и у пограничных пациентов: 1) С. аналитическому прогрессу — нежелание узнать, как продвигаться вперед, оно выражается по-разному. Пациент может пытаться избежать разговора о своих мыслях и чувствах, спрашивая правила и указания. Движение вперед, вербально, на неизвестную территорию, воспринимается шизофреническими индивидами как действительно рискованное предприятие. 2) С. совместной работе — пациент может казаться неосознающим важность *вербализации* всех своих чувств, отказываться давать информацию или казаться нерасположенным слушать аналитика. Вместо обсуждения того, что он испытывает в их взаимодействиях, пациент может концентрироваться исключительно на себе. 3) С. окончанию — шизофренический пациент обычно проявляет интенсивную оппозицию мысли о том, что подошло время завершения терапии. Эта категория С. также наблюдается и ранее в лечении, перед временными перерывами в отношениях. Поэтому его предварительно уведомляют заранее до намеченного отпуска терапевта и других запланированных отсутствий и повторно предоставляют возможность вербализовать свои реакции на такие перерывы. Окончание предполагается, поскольку оно должно произойти, к тому же проработка его С. к нему является длительным процессом.

В условиях психоаналитической терапии аналитик постоянно прилагает усилия для вскрытия и разрешения самых разнообразных видов С. Первые признаки С. могут проявиться в том, что пациент начинает опаздывать или забывать назначенное время встреч либо заявляет, что ему ничего не приходит в голову при предложении заняться свободным ассоциированием. С. может выразиться в банальности ассоциаций и воспоминаний, в рациональности рассуждений при отсутствии аффекта, в атмосфере скуки, в отсутствии мыслей или в молчании. Важно сразу показать пациенту, что у него имеются малоосознаваемые внутриличностные силы, противодействующие анализу. Естественно, психотерапевт не говорит пациенту прямо, что тот сопротивляется или же не хочет выздоравливать, а показывает лишь отдельные его действия, направленные против анализа. Такой подход позволяет пациенту начать противодействие собственному С. Наряду с вышеописанными очевидными С. в лечебной практике встречаются и другие его формы. Латентные С. могут выражаться, например, в форме согласия со всем тем, что говорит психоаналитик, в предоставлении описания сновидений или фантазий, которыми, как кажется пациенту, аналитик особо интересуется, и др. С. может проявиться даже через «бегство к здоровью», и пациент прерывает курс лечения под предлогом того, что симптомы заболевания, по крайней мере на данный момент, исчезли. В психоанализе и психоаналитической терапии С. преодолевается с помощью интерпретации и проработки.

Многие виды С. исходят из характерологической структуры пациента. Райх связывал феномен С. с так называемой «телесной броней» и поэтому полагал, что его можно ослабить с помощью методик прямого телесного воздействия. В трансперсональной психотерапии Грофа (Grof S.) специальной техникой для мобилизации энергии и преобразования симптомов переживания в условиях сильного С. является использование психodelических препаратов или немедикаментозные подходы (биоэнергетические упражнения, рольфинг и другие методы подобного рода). В традиционной *гипнотерапии* С. преодолевается погружением в глубокое гипнотическое состояние, а в эриксоновской модели гипнотерапии С. применяется для индукции гипнотического транса и терапевтической его утилизации.

Перлс (Perls F. S.) отмечал проявление С. в невербальном поведении и с целью его преодоления использовал прием «преувеличения», при котором происходит ослабление С. и осознание подавленных переживаний (например, по указанию врача пациент крепче сжимает руки и осознает подавленный прежде гнев в связи с излагаемой им ситуацией). В *личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова* С. оценивается как реальный клинический факт. Представляя собой своеобразный психологический защитный механизм, С. обычно отражает реакцию пациента на болезненное для него прикосновение к зачастую глубоко скрытым или скрываемым им тягостным переживаниям, а также на перестройку, реконструкцию нарушенных отношений. С. выражается в общении с врачом в различных формах — в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, в переводе разговора на другую тему, в неясности формулировок

проявлений своего заболевания, в отрицательных реакциях на те или иные методы лечения, в юморе, а иногда даже в излишней податливости и согласии с высказываниями врача без должной их переработки и т. д. Выраженность С., противодействие психотерапевтическому влиянию в процессе лечения может изменяться. Оно повышается при несовместимости установок больного и психотерапевтического стиля врача, при явном игнорировании устойчивых ожиданий пациента, преждевременной интерпретации, чрезмерных требованиях от него откровенности или активности. Суть всей работы над С. состоит в том, чтобы помочь пациенту осмыслить и преодолеть свои неосознаваемые усилия вовлечь психотерапевта в «невротические маневры» и в конечном итоге победить и избежать его влияния. Наряду с интерпретацией полезным может быть эмпатическое вмешательство, позволяющее пациенту не только ограничивать С., но и в более оптимальных условиях осознавать его.

**СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Задача С. п. — с помощью психотерапевтических воздействий не только лечить болезни, осуществлять психогигиенические и психопрофилактические мероприятия, но и улучшить социальное поведение индивида. При этом не делаются различия между психически больными, преступниками, лицами с отклонениями в поведении и т. д. Методы психотерапии рассматриваются как адекватные способы коррекции всех форм отклонений и делинквентного поведения.

Интерес к С. п. возрастает по мере все большей интеграции психотерапии в различные области медицины и социальной практики человека. Если иметь в виду такое понятие, как уровни системы интеграции, то можно говорить об интеграции психотерапии в общество, в медицину, в лечение болезни с учетом ее биопсихосоциальной сущности и др.

Не вызывает сомнений наличие тесной связи между «социальным» и «медицинским» (в том числе психическим) здоровьем общества. Пример тому — нынешняя ситуация в нашей стране. Значительная общественно-политическая трансформация общества у многих людей вызывает чувство неуверенности, неопределенности, незащищенности, растерянности, ощущение потери опоры, что выражается в напряженности, а часто и агрессивности. На этом фоне возрастает значение психотерапевтической службы, ее интеграции в общественную жизнь, что вызвано ростом нервно-психической напряженности здорового населения, увеличением частоты пограничных нервно-психических расстройств. Одновременно наблюдается усиление «магического настроения», всплеск интереса к мистике, оккультизму, возникновение *альтернативной психотерапии* в невиданных ранее масштабах. Одна из наиболее популярных ее разновидностей — *телевизионная психотерапия* (с учетом возможностей передачи информации одновременно десяткам миллионов людей). В странах западного типа эту функцию выполняет церковь, стремящаяся к гармонизации общества, преодолению в нем кризиса веры и укреплению взаимопонимания.

Говоря об интеграции психотерапии в общество, можно вспомнить уже имеющие свою историю попытки решить его социальные проблемы с помощью *поведенческой психотерапии* и несколько позже — гуманистической психотерапии.

Наиболее ярким примером С. п. является проблема «модификации поведения» путем использования прежде всего поведенческих методов психотерапии, наиболее полно разработанная в трудах Скиннера (Skinner B. P.), особенно в его известной книге «По ту сторону свободы и достоинства» (1971). Однако и до работ Скиннера отрицание Уотсоном (Watson J. B.) и другими бихевиористами таких понятий, как психические процессы, сознание, мышление, и понимание ими поведения как определяемого исключительно внешними условиями означало перечеркивание и отрицание творческого, самостоятельного начала в человеке и в результате приводило к заключению, что поведением можно руководить и манипулировать. Для этого более всего подходил специально подготовленный психотерапевт, исполняющий функции «социального инженера» и являющийся источником наказаний и поощрений.

Перенаселение и угроза голода, не устраненная опасность ядерной войны, загрязнение окружающей среды, агрессивность, преступность и другие проблемы человечества — это реальность. Несмотря на значительные достижения в этой области, положение, по Скиннеру, становится все хуже, и мы с разочарованием обнаруживаем, что сама технология оказывается все более несостоятельной. Социальное зло порождено самим поведением людей и нашей неспособностью эффективно на него воздействовать. Ответственность за катастрофические последствия стихийного развития общества

Скиннер возлагает на индивидуализм. Отстаивая свою свободу и достоинство, индивидуалист отказывается действовать ради других. Он не обеспокоен тем, выживет или нет его цивилизация, и ему безразлично, как долго она будет существовать после него. Он непоколебим в своих эгоистических убеждениях и поведении и не поддается каким-либо рациональным доводам о благе грядущих поколений. Индивидуализм, эгоизм личности, считал ученый, в конечном счете подрывает сами основы цивилизации. Автор разрабатывал идею управления поведением и создал технологию поведения, целью которой является разрешение социальных проблем путем модификации поведения человека средствами внешнего контроля.

Если иллюзорный, механистический характер взглядов Скиннера вызвал резкую критику и у нас, и в западных странах, то возложение экзистенциально-гуманистическими психотерапевтами на человека всей ответственности за свое благополучие, их утверждение, что человек «держит судьбу в собственных руках», вполне отвечают социальным нормам современного западного общества. Упор в экзистенциально-гуманистических концепциях психотерапии на выработку у индивида аутентичных установок и контактов с окружающими его людьми в условиях повседневной жизни, при наличии фрустрирующих ситуаций, ситуаций неискренней и условной коммуникации чаще всего приводит лишь к видимости зрелости, к разочарованию и «псевдоинтеграции». Возникает иллюзия возможности решить все проблемы современного человека с помощью психотерапии (Leder S., 1990). Однако сохранения нервно-психического здоровья не удастся достичь только путем все большего охвата населения теми или иными формами психотерапии. Решение проблем по линии «человек—общество» лежит в иных плоскостях, чем это предлагается в экзистенциально-гуманистической психотерапии, прежде всего в реализации морально-этических ценностей общества, воспитательно-педагогических систем, социальных мер государства, направленных на улучшение жизненных условий, и др.

Вместе с тем, как отмечает Ледер, во многих развитых странах в определенных кругах значительно возрастают ожидания относительно роли и возможностей психотерапии. Не находя ответов на вопросы, вызванные развитием цивилизации и обострением социально-политических, экономических и национальных противоречий в религии и идеологии, люди ищут их в сфере иррационализма или психологии. Учитывая эти ожидания и потребности, многие психотерапевты выдвигают цели, которые не совпадают с целями оказания помощи больным, а касаются совершенствования личности, межчеловеческих отношений, семейных, микро- и макросоциальных структур. Психотерапию действительно можно использовать для достижения ложных целей, применяя методы, не отвечающие общественным нормам и требованиям, она становится, таким образом, еще одним инструментом управления людьми даже вопреки их воле. Однако психотерапия может играть также и важную положительную роль — с ее помощью можно не только уменьшить страдания, но и способствовать совершенствованию социального окружения человека, разрешению им проблемы смысла жизни.

**СОЦИАЛЬНОЕ НАУЧЕНИЕ.** Термин, введенный представителями *бихевиоризма* и обозначающий приобретение организмом новых форм реакций путем подражания поведению других живых существ или наблюдений за ними С. н. объясняется при этом исходя из основных понятий бихевиоризма (стимул, реакция, *подкрепление*) и экспериментально изучается на животных.

С. н. у человека — это путь приобретения им общественно-исторического опыта через усвоение содержательных компонентов человеческого поведения (побудительно-мотивационных и операциональных). Реализуется оно в двух основных направлениях — приобретение организмом новых форм реакций: 1) путем подражания (так же, как и у животных) поведению других людей; 2) путем представления внешних влияний и ответных реакций на них символически, в виде «внутренней модели внешнего мира» (Бандура (Bandura A.)). Последнее сопряжено непосредственно со значением знаков, усвоенных в прошлом опыте индивида, т. е. обуславливается ранее использованной им структурой знакового обучения. С. н. в первом варианте практически полностью сводится к процессу подражания, но следует учитывать, что на разных этапах индивидуального развития человека за внешне сходными явлениями подражания скрыты различные психологические механизмы. В младенческом возрасте подражание движениям и звукам голоса взрослого представляет собой попытки установить первый «содержательный» контакт. Подражание в дошкольном возрасте — путь проникновения в смысловые структуры человеческой деятельности. Оно проходит ряд ступеней и преобразуется вместе с

изменением основного занятия этого возраста — сюжетно-ролевой игры: первоначально ребенок подражает наиболее открытым для него сторонам взрослой деятельности, моделируемой в игре, и лишь постепенно — тем сторонам, которые реально отражают смысл ситуации. Подражание в подростковом возрасте направлено на внешнюю (а иногда и внутреннюю) идентификацию себя с некоторой конкретной значимой для подростка личностью либо с обобщенным стереотипом поведенческих и личностных характеристик. Подражание у взрослых выступает элементом *научения* в некоторых видах профессиональной деятельности (спорт, искусство и др.).

С. н., основанное на «внутренней модели внешнего мира», по сути, представляет собой сенсорное научение на когнитивном уровне, которое перерастает в познание существенных объективных свойств реальности, их классификацию в категориях опыта человечества и обобщение обнаруженных связей с помощью языка. Поскольку познанные связи закрепляются в языке, то такое научение превращается в знаковое обучение.

Сущность знакового научения — в формировании у обучающегося информационных отношений типа «предмет—знак—значение». Содержание знакового научения включает отражение и закрепление информационных отношений, характеризующих реальный мир и целесообразную деятельность людей, в знаках и их значениях.

Предпосылкой знакового научения человека является способность абстрагирования действий от условий, в которых эти действия совершаются, а также возможность абстрагирования самих информационных отношений, существенных для тех или иных сторон общественной практики.

Условиями знакового научения являются создание и использование соответствующего языка, понятного обучающимся, а также построение таких структур учебных материалов, которые решают проблемы посильности и доступности обучения, т. е. обеспечивают оптимальные соотношения составляющих новой и релевантной учебной информации.

Основой знакового научения являются не ассоциации, не отбор и выделение значений, а деятельность по формированию информационных отношений, кодированию, переработке и хранению учебных материалов.

Механизмы формирования информационных отношений при знаковом обучении могут быть описаны с помощью теории поэтапного формирования умственных действий. На первом этапе знакового обучения важные признаки предмета предъявляются ученику в знаковой, материализованной форме, а операции по выделению этих ориентиров осуществляются в форме предметных действий по правилам ведения и исключения знаковых выражений педагогической семиотики, т. е. идет процесс кодирования учебной информации. На втором этапе материализованные ориентиры предметных операций убираются и заменяются речевыми обозначениями и действиями, т. е. преобразуется материал знаков учебной информации. На третьем этапе словесные действия заменяются мыслительными операциями, опять преобразуется материальный носитель знаков, происходит перекодирование и сверка учебной информации. Знаковое научение принципиально отличается от сенсорного и моторного тем, что обучающее воздействие на организованную систему оказывает не изучаемый предмет и его свойства, а искусственно созданный знак изучаемого предмета. При этом организованная система реагирует не на свойства предмета — знака, не на его материал, а на то, что он означает, т. е. на информационные отношения, передаваемые с помощью знака. Информационные отношения — это уже совершенно иные отношения по сравнению с ассоциативными связями типа «вещь—вещь», «свойство—свойство», «вещь—действие», «свойство—действие» и т. д. Информационным отношением является отношение «предмет—знак—значение», возникшее в результате познавательной деятельности и вне ее объективно не существующее. Информационные отношения нельзя ни обнаружить, ни усвоить с помощью ассоциаций, поскольку они не основаны на физической смежности их составляющих. Значение, являясь психической категорией, не находится в физическом времени и пространстве. Здесь нет ни логической смежности, так как знаки (например, слова) не являются ни видом, ни родом того, что они обозначают, ни психической смежности, т. е. нет сходства и различия ее отдельных элементов. Нет, наконец, здесь и функциональной смежности, поскольку данный знак, в том числе слово, не является ни причиной, ни следствием, ни целью, ни свойством обозначаемого предмета. Поэтому информационное отношение «предмет—знак—значение» отражает не ассоциативную связь, а смысловую. Смысловая связь может быть полностью описана структурой поля функционирования



знаков (знаковой ситуацией), так как является одной из составляющих семантического механизма, присущего только информационным процессам.

Знаковое научение как процесс понимания информационных отношений не находит удовлетворительного объяснения ни с позиций ассоциативных теорий обучения, ни с позиций бихевиоризма, гештальт-психологии и *психоанализа*. Ответ на вопрос о том, как в процессе обучения формируются информационные отношения, как обучающийся усваивает учебный материал, дает теория познания: человек обнаруживает и закрепляет информационные отношения только через практику, через свою активную деятельность. Первые попытки описания механизма принадлежат Н. И. Жинкину, который для психологического анализа феномена понимания значения знаков использует идею логической семантики, в частности различие смысла (содержания) и значения (денотата). Рассматривая эту проблему, Б. В. Бирюков показывает, что в объяснении акта понимания чисто логические теории семантики знаковых выражений выполняют лишь вспомогательную функцию. «Феномен речевого общения людей — процессы их языковой коммуникации, особенно коммуникации интеллектуальной — определяется пониманием человеком сообщений. Но феномен понимания не может быть описан средствами одной лишь логики или логической семантики (хотя логико-семантические исследования тут весьма полезны). Здесь необходима более широкая точка зрения семиотики, действующей совместно с психологией».

Установление информационных отношений не имеет ничего общего и с «*инсайтом*» («озарением») немецкого психолога Кёлера (Kohler W.), утверждающего, что после множества неудачных попыток установить информационные отношения обучающегося внезапно «озаряет», наступает «инсайт», в результате которого вдруг целиком реализуется правильное действие. Это действие закрепляется с первого раза и затем всегда верно используется в подходящих ситуациях.

Установление информационных отношений не объясняется и теорией некоторых американских психологов, утверждающих, что одновременно с научением всегда идет отучение. Каждое сочетание какого-либо стимула с новой ответной реакцией разрушает связь этого стимула с реакциями, образовавшимися в предыдущих попытках, поэтому мы заучиваем то последнее, что делаем в данной ситуации, а от всего остального отучаемся. Следовательно, попытки и упражнения нужны не для научения, а для отучения.

Утверждения гештальт-психологии о том, что информационные отношения прямо «усматриваются» человеком благодаря работе врожденных механизмов мозга, которые по своим законам организуют поток ощущений, поступающий от органов чувств, и преобразуют его в соответствующие структуры, никак не могут пояснить понимание значения знаков. Ведь «усмотрение» может обнаружить лишь такие отношения, которые отражаются в структуре ощущения, а информационные отношения ни физической, ни психической смежностью не обладают и поэтому в структуре ощущений непосредственно не отражаются. «Усмотрение» невидимого, обнаружение информационных связей, которые не даны непосредственно в ощущениях, является результатом познавательных действий обучающегося.

Рассмотренные варианты С. н., т. е. основанные преимущественно на подражании и на реализации в первую очередь когнитивных процессов, условно можно разделить на низший и высший уровни научения. Принципиальным отличием высшего уровня С. н. является его знаковый характер, что делает этот вид научения исключительно человеческим.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ.** Один из методов активного обучения и психологического воздействия, осуществляемого в процессе интенсивного группового взаимодействия и направленного на повышение компетентности в сфере общения.

В отечественной литературе авторы, освещающие теоретические и практические проблемы С.-п. т., используют этот термин очень широко и обозначают им, по сути, целую отрасль прикладной социальной психологии. Рассматривая С.-п. т. как «психологическое воздействие на уровне группы в рамках оказания помощи психически здоровым людям» (Петровская Л. А., 1982), они относят к нему *тренинг сенситивности*, группы личностного роста и др. Такое расширение понятия С.-п. т. если и оправдано методологически (всякий групповой процесс является социально-психологическим феноменом, методические и технические приемы заимствуют друг у друга различные виды *тренинга*), то вряд ли целесообразно, поскольку вносит терминологическую путаницу. Устоявшийся у нас в стране

термин С.-п. т. введен немецкими психологами для обозначения программ, направленных на приобретение социально-психологического опыта и повышение социально-психологической компетентности в процессе группового взаимодействия. Групповые методы такой ориентации имеют и другие названия: активная социально-психологическая подготовка, активное социальное обучение, *лабораторный тренинг* и др. Общая цель С.-п. т. — повышение компетентности в сфере общения — конкретизируется различными решаемыми в его процессе задачами. В зависимости от приоритета задач, на которые направлен С.-п. т., он может приобретать различные формы. Все многообразие этих форм условно можно разделить на 2 больших класса: 1) ориентированные на приобретение и развитие специальных навыков, например умение вести деловую беседу, разрешать межличностные конфликты и др.; 2) нацеленные на углубление опыта анализа ситуаций общения, например коррекция, формирование и развитие установок, необходимых для успешного общения, развитие способности адекватно воспринимать себя и других людей, анализировать ситуации группового взаимодействия.

Процесс приобретения новых навыков и опыта осуществляется при активном участии членов группы. Принцип активности, реализующийся в С.-п. т., предполагает не усвоение готовых знаний и приемов, а самостоятельную выработку более эффективных навыков общения. Другой важный принцип С.-п. т. — принцип *обратной связи*, на котором строится приобретение нового перцептивного, эмоционального и когнитивного опыта. В практике С.-п.т. эмпирически выделены условия, являющиеся необходимой предпосылкой конструктивной обратной связи, например описательный, а не оценочный характер обратной связи, ее неотсроченность, специфичность, релевантность потребностям и получающего и отправляющего, реализация ее в контексте группы. С.-п. т. проводится в группах по 8-12 человек под руководством психолога, прошедшего специальную подготовку. Обычно цикл занятий рассчитан на 30-50 часов, однако продолжительность его можно варьировать в зависимости от характера решаемых задач. В то же время опыт показывает, что непродолжительные занятия (менее 20-24 часов) не позволяют в полной мере реализовать программу С.-п. т. и снижают его эффективность. Занятия могут проводиться с интервалами в 1-3 дня (со средней продолжительностью каждого занятия 3 часа). Но более эффективной формой организации работы является *марафон* (несколько занятий подряд по 8-10 часов). В процессе С.-п. т. применяются различные методические приемы: *групповая дискуссия* (базовый методический прием), ролевые игры, невербальные методики и др. Использование в ходе занятий видеозаписи существенно повышает эффективность С.-п. т., предоставляя участникам наряду с обратной связью, полученной от других членов группы, объективную обратную связь.

С.-п. т. получил широкое распространение в первую очередь как составная часть подготовки специалистов различного профиля — руководителей, педагогов, врачей, психологов, работников торговли и др. Подготовка специалистов в области психотерапии, предполагающая использование активных методов обучения в групповых формах, также включает С.-п. т. Компетентность в общении является одним из существенных компонентов успешной профессиональной деятельности психотерапевта. Умение установить эмоциональный контакт, организовать пространство общения, идентифицировать эмоциональное состояние по экспрессивным характеристикам поведения, создать благоприятный «климат общения», выслушать и понять пациента, контролировать собственное экспрессивное поведение (позу, мимику, жестикуляцию), аргументированно высказать свою точку зрения, разрешать конфликтные, проблемные ситуации — таков неполный перечень необходимых психотерапевту навыков. Овладение ими и приобретение опыта более эффективного их применения на практике и является задачами С.-п. т. для психотерапевтов. На групповых занятиях с помощью ролевых игр могут выявляться и анализироваться ошибки, допускаемые в общении с пациентом, приобретается опыт ведения клинической беседы, осуществляется коррекция эмоционального состояния. Не менее важная задача С.-п. т., проводимого в системе подготовки психотерапевтов, — выявление поведенческих стереотипов, свойственных участникам группы. Очевидно, что стереотипы, затрудняющие успешное общение, мешают профессиональной деятельности психотерапевта, однако и стереотипы, в обычном общении способствующие успеху, должны быть отрефлексированы, так как в профессиональной деятельности могут оказаться нежелательными. Наряду с осуществлением специфических для С.-п. т. задач в таких группах, как и при других видах тренинга, в процессе непосредственного группового взаимодействия приобретаются знания в области психологии личности, группы, общения, взаимоотношений, складывающихся между людьми, развиваются способности

адекватно и полно воспринимать себя и других людей, повышается чувствительность к групповым процессам и вырабатываются навыки использования этого опыта в своей профессиональной деятельности.

**СОЦИОДРАМА.** Специальный вид *психодрамы*, предложенный также *Морено* (Moreno J. L.). С. направлена на раскрытие, анализ и переработку индивидуальных представлений и межличностных отношений. Предмет же С. — отношения между различными группами людей и коллективные представления.

При создании методов психодрамы и С. автор исходил из того, что каждый человек имеет свой «частный мир» с присущими ему личными ролями. Однако эти «частные миры» содержат общие, совпадающие элементы, которые могут рассматриваться в качестве коллективных. Каждая роль представляет собой сочетание, комбинацию личных и коллективных элементов. Хотя психодрама направлена на раскрытие и проработку личных элементов, личных ролевых конфликтов, индивидуальных представлений и особенностей, внутриличностной проблематики пациента, она может быть центрирована не только на протагонисте (индивиде), но и на коллективе. В таком случае она обращена к проблематике, затрагивающей всех членов группы, созвучной их личному опыту (например, какие-либо конкретные аспекты семейных взаимоотношений участников группы), либо к межличностным эмоциональным отношениям между членами группы и возникающим в связи с этим общим проблемам, т. е. к проблемам группы (например, неблагоприятной *групповой динамики*). С. же не ограничивается проблемами отдельного человека или конкретной группы (психотерапевтической, психодраматической). Она обращена к проблемам, порожденным тем или иным социумом, той или иной культурой и характерным для значительного числа людей, больших групп (социальных, этнических и пр.), и направлена на раскрытие коллективных элементов роли, ролевых конфликтов, представлений, опыта, отношений между различными группами людей. В центре ее внимания находятся коллективные ролевые паттерны, репрезентирующие коллективные представления и опыт, переживания, обусловленные различными социокультурными особенностями и проблемами (социальными, этническими, расовыми, профессиональными, половыми, этическими и пр.). Морено писал, что «С. обращается к глубинным социальным реальностям, еще не приукрашенным искусством и не выхолащенным интеллектуализацией».

В техническом плане С. принципиально не отличается от психодрамы. Можно указать на такие ее особенности, как значительно большее количество участников, четкую направленность и ориентацию на группу, а также возникновение в ходе С. таких специфических феноменов, как коллективная идентификация (в отличие от идентификации между зрителями — участниками группы и актером-протагонистом в психодраме) и коллективный *катарсис* (в психодраме индивидуальный и групповой). В процессе проведения С. предоставляется возможность исследования распространенных ролевых конфликтов, обусловленных социокультурными факторами, а также различных причин одного и того же коллективного феномена, который рассматривается с разных точек зрения, в разных ситуациях, что способствует *осознанию* и проработке коллективных представлений, опыта и ролевых конфликтов и в конечном счете возникновению взаимопонимания между различными группами людей. Морено полагал, что С. «открывает двери к новым когнитивным и экспериментальным возможностям преобразования, к социодраматическому тренингу спонтанности и креативности и прокладывает пути к переустройству общества».

**СОЦИОТЕРАПИЯ.** Понятие С. в литературе многозначно. Одни авторы используют его как синоним *терапии среды*, другие понимают под этим терапевтическую активность социальных работников и социальных терапевтов, третьи — совокупность терапевтических приемов из области терапии занятостью, трудотерапии и реабилитации. Основой всех концепций С. является представление о том, что социальное окружение в больнице и дома имеет важнейшее значение для течения психических заболеваний и что социальные мероприятия могут влиять позитивно и негативно на симптоматику болезни (Кабанов М. М., 1985). Социотерапевтические концепции при этом весьма разнообразны: от простого требования человечности и дружелюбности терапевтической среды до комплексной системы терапевтического сообщества (Jones M., 1959; Heim E., 1984). Взлет С. в 70-е гг. нашего столетия связан с многочисленными клиническими наблюдениями, психологическими исследованиями и экспериментальными данными, выявившими отрицательную сторону длительной

госпитализации, включающей в себя в той или иной степени элементы депривации и приводящей к явлениям «госпитализма».

Проведение С. включает в себя реализацию следующих условий: образование по возможности «нормальной», дружеской и открытой больничной среды; более гибкую организацию неизбежного ограничения свободы; структурирование и организацию дня, проведенного в психиатрическом учреждении (время занятости и досуга отличаются друг от друга); предоставление возможности встреч в неформальных и терапевтических группах; ориентацию пациентов на внешний мир; обеспечение контактов с родственниками; предоставление регулярных отпусков и прогулок. Пациент должен быть мотивирован по возможности на самообслуживание, при этом приходится считаться с тем, что его помощь требует больше времени и не так эффективна, как он того желает. Кроме того, выделяют специфические мероприятия, основанные на концепции С.: трудотерапия, терапия занятостью, реабилитация, домашние тренировки и др.

С. способствует усилению интереса пациента к нормальному, здоровому, ко всему, что не связано с болезнью. В той мере, в какой пациент узнает и проверит свои реакции на неопределенные, неформальные, общие ситуации, предполагающие обыденные, определенные, банальные реакции, в той мере состоится С. С., психотерапия и соматотерапия не исключают, а дополняют друг друга. При этом С., как правило, общая, трудновыделяемая основа лечения, в то время как психотерапия и соматотерапия специфичны в своих методах и определяются характером болезни и теоретическими концепциями.

**СТИЛИ РУКОВОДСТВА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ ГРУППАМИ.** Левин и др. (Lewin K. et al., 1939) провели классические исследования стилей руководства в малых группах. Они выделили авторитарный, демократичный и попустительствующий стили руководства и связали их с продуктивностью решения групповой задачи и удовлетворенностью участников групповым опытом. Авторитарный руководитель определяет и направляет групповое поведение; демократичный руководитель формирует групповое поведение через *групповую дискуссию*; при попустительствующем он устраняется от руководства, отдает всю власть членам группы. (Различия между тремя стилями руководства представлены в таблице.) Исследования показали, что демократичный руководитель предпочтительнее, чем авторитарный, стремящийся к жестким способам управления, чем попустительствующий, отказывающийся от управления. Демократичный стиль руководства (как и авторитарный) связан с решением главных задач в группе. Стиль руководства в терапевтических группах можно также рассматривать в диапазоне от попустительствующего, централизованного на участнике и неструктурированного до авторитарного, централизованного на руководителе и жестко структурированного.

**Таблица 11. Основные стили руководства**

Авторитарный	Демократичный	Попустительствующий
Все виды поведения определяются руководителем	Поведение определяется <i>групповой дискуссией</i> при содействии руководителя	Полная свобода индивидуальных и групповых решений при минимальном участии руководителя
Каждый шаг в деятельности группы директивно продиктован руководителем	Групповые цели намечаются в ходе групповой дискуссии. Две (или более) альтернативные процедуры группового занятия часто предлагаются руководителем	Материалы для групповых занятий предоставляются руководителем, хотя информация предлагается им только в ответ на запрос
Руководитель определяет индивидуальные задачи и партнеров для работы	Определение задачи и выбор партнеров для их решения — дело группы	Руководитель устраняется от руководства
Руководитель «субъективно» хвалит или критикует отдельных участников,	Руководитель «объективно» хвалит и критикует членов группы, постоянно стараясь быть	Руководитель редко комментирует действия участников и не пытается оценивать или регулировать ход

оставаясь в стороне от участия в групповом процессе	участником группы	событий
-----------------------------------------------------	-------------------	---------

На *групповых психотерапевтов* может оказать воздействие предварительная подготовка в плане конкретного направления психотерапии. Обучающие (тренировочные) программы, со своей стороны, преднамеренно или косвенно формируют психотерапевта как лидера в соответствии с определенными теоретическими положениями данного подхода. И наоборот, индивидуальные особенности характера психотерапевта могут влиять на выбор теории, наиболее соответствующей его установкам и взглядам на человеческую природу.

В основе социально-психологической характеристики стилей руководства лежит ряд допущений, касающихся личностных особенностей человека. Макгрегор (McGregor H., 1960) постулировал теорию X и теорию Y.

Теория X рассматривает людей как слабо побуждающих себя к активности и стремящихся избежать ответственности. Теория Y полагает, что люди творчески и ответственно контролируют и направляют себя в достижении своих целей. В жестко структурированной группе, центрированной на руководителей, участников рассматривают как неспособных помочь самим себе в разрешении своих конфликтов, поэтому руководитель направляет, ведет группу и контролирует взаимодействия в ней.

Основные разногласия современной *групповой терапии* касаются вопроса о том, насколько руководитель должен принимать участие в группе. Бах (Bach G., 1954) считает, что структурированный подход усиливает начальную кооперацию, понижает тревожность и *сопротивление* руководителя и участников, конкретизирует их ожидания и, таким образом, предоставляет им возможность сконцентрироваться на проблемах отдельной личности и целях группы. Социально-психологические исследования дают основание полагать, что, на ранних стадиях развития группы, чем слабее структурирована группа, тем больше участников привлекает центрированная на руководителе ориентация (Goldstein A. et al., 1966).

В *психотерапевтических группах* руководители обычно играют четыре основные роли: эксперта, катализатора, дирижера, эталонного участника (на поведенческом уровне). Почти в каждом групповом взаимодействии у руководителя есть возможность комментировать один из многих одновременно возникающих процессов на уровне одного или нескольких участников или группы в целом. Функция руководителя по прояснению смысла трансакций (называемых «процессом») может варьировать от комментирования простых поведенческих актов — через наблюдение нескольких актов и их последствий — до более сложных рассуждений о направленности, мотивации и паттернах сходства между поведением участников в группе («здесь и теперь») и за пределами группы («когда-то и там»), во внешнем мире (Yalom I., 1975). Комментарии руководителя помогают участникам объективно оценить свое поведение, наглядно увидеть, как оно действует на других, и в конечном счете понять, как оно влияет на содержание их образа «Я» и на сложившиеся обстоятельства. Однако если руководитель чрезмерно увлекается информированием, ответами на вопросы и ролью эксперта, нарушаются групповые процессы и психотерапевтическая группа становится похожей на класс. В этом контексте групповому психотерапевту следует оптимально использовать время каждого занятия и проявлять (в известном смысле) сдержанность. Независимо от стиля руководителя (авторитарного, демократического, попустительствующего) к основным способам воздействия на пациента в психотерапевтической группе относят следующие (Кратохвил С., Ташлыков В. А., 1983).

1. Молчание: руководитель молчит.

2. Сосредоточение на группе: руководитель обращается к группе как к решающему фактору. Считает, что руководство группой и решение проблем, которые в группе возникают, являются делом группы. Этот способ включает 2 вида реакций: незаметный отказ от руководства и энергичное настаивание на том, что ответственность несет группа.

3. Поддержка и одобрение: руководитель поддерживает, утешает, одобряет, проявляет уважение, согласие, положительное отношение, участие, симпатию, сочувствие.

4. Непрямое руководство: руководитель ведет группу не в прямой манере. Если возникают затруднения, не говоря о них, игнорирует их или незаметно обращает внимание группы на другую тему.

5. Структурирование: руководитель создает структуру групповых занятий. Определяет правила и показывает группе наилучший путь.

6. Критика: руководитель провоцирует, критикует группу или члена группы в более или менее насмешливой манере. Обвиняет, обижает, высмеивает, критикует защитное поведение.

7. Чувства членов группы: руководитель требует от членов группы высказать свои чувства и реакции на происходящие события.

8. Чувства руководителя: руководитель выражает собственные чувства.

9. Личный опыт руководителя: руководитель рассказывает группе о своем личном опыте, имеющем отношение к происходящим в группе событиям.

10. Кларификационные и конфронтационные вопросы: руководитель спрашивает членов группы о причинах их поведения. Это должно по виду и контексту реакции вести к тому, что они свое поведение больше объясняют или защищают.

11. Вопросы по *групповой динамике*: руководитель поощряет участников к тому, чтобы они рассматривали данную ситуацию и испытывали происходящее в группе в динамике, в более широкой перспективе, с более глубоким пониманием событий в группе.

12. Атмосфера группы: руководитель описывает то, что происходит в группе, но с минимумом *интерпретаций* и заключений. Описывает настроение группы так, как его сам чувствует, или обращает внимание на групповые события, которые группа не заметила или недооценила. Эта категория реакций является первой из категорий, в которых руководитель раскрывает группе, что он сам думает о происходящем. (Следующие две категории представляют более ясные и четкие интерпретации.)

13. Интерпретация групповой ситуации: руководитель интерпретирует взаимодействия группы, которые находятся глубже внешних событий. В центре объяснения находится то, что происходит в группе как в целом. В ситуациях, где проявляется активность только одного члена группы, руководитель объясняет поведение этого участника относительно того, какое оно имеет значение в контексте группового действия.

14. Интерпретация поведения отдельного члена группы: руководитель интерпретирует события и поведение отдельных членов. Объясняет их поведение как противодействие или защиту, как выражение страха, вины или злости или как реакцию на определенные прошлые события. Так как эта интерпретация нередко является одновременно и изложением групповой динамики, нельзя эту категорию точно отличить от категории 13.

15. Личная жизнь: руководитель поощряет членов группы рассказывать о себе как об индивидуумах. Если участники говорят о себе и о своей жизни вне группы, он поддерживает их в этом. Если они говорят о группе или о себе в контексте группы, поощряет их к тому, чтобы говорили о себе как об индивидуумах.

16. Прошлое и семья: руководитель поощряет членов группы к тому, чтобы они говорили о значительных событиях из своей жизни, о своих отношениях к родителям, к братьям и сестрам.

17. Изменение поведения: руководитель поощряет членов группы сообщать о тех аспектах своего поведения, которые они хотели бы изменить.

18. Невербальные методы: руководитель предлагает какой-нибудь невербальный метод.

19. Разыгрывание ролевой ситуации: руководитель предлагает разыгрывание ролевой ситуации (психодраматический метод).

Между способами и С. р. п. г. не выделяют жестко детерминированные варианты сочетаний. Руководители гибких эффективных групп признают, что им приходится на протяжении всего времени развития группы варьировать свой стиль руководства в соответствии с конкретной ситуацией и проблемами пациентов. Авторитарное руководство более целесообразно, когда задача жестко структурирована, члены группы испытывают сильный стресс, динамика группы настолько неясна для участников, что они не могут полно и точно осознать, что происходит. И наоборот, чем более эффективно поведение членов группы, тем менее активен групповой психотерапевт. С целью повышения компетентности групповых психотерапевтов целесообразно сопровождать занятия с группами видеозаписью и последующей *супервизией*.

См. также *Групповая психотерапия*.

**СТРЕСС И ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЕ (КОПИНГ) ПО ЛАЗАРУСУ, МЕЙХЕНБАУМУ, ПЕРРЕ.**

Переживание стресса и управление им относятся к центральным, ключевым явлениям многих человеческих проблем внутри и вне области психопатологии. Под психическим стрессом понимается несоответствие между нагрузкой и имеющимися в наличии ресурсами, сопровождаемое такими эмоциями, как страх, гнев, удрученность и т. д. Вызванные или подавленные в связи с этим реакции, помогающие восстановить равновесие — копинг (coping — совладание), могут быть в той или иной мере соответствующими, т. е. адаптивными. Они считаются адаптивными, если содействуют достижению равновесия и в дальнейшем способствуют уменьшению или устранению вредных побочных воздействий (Perrez M., 1988). Курение как реакция на стресс, так же как и неконтролируемый выплеск гнева, служит примером несоответствующего средства для преодоления нагрузок (даже если это непосредственно эффективно) прежде всего из-за продолжительных социальных последствий. К центральной характеристике психологического профилактического или терапевтического копинг-вмешательства относится то, что предотвращаемые или преодолеваемые психические проблемы в полном смысле могут рассматриваться как проблемы переживания и переработки стресса. Коттон (Cotton G., 1990) считал, что для такого вмешательства прежде всего подходят:

- 1) пациенты, которые хотят улучшить свое здоровье с профилактической целью, не имеющие при этом серьезных проблем;
- 2) пациенты, которые страдают от перегрузок и у которых в зависимости от обстоятельств наблюдаются хроническая подавленность, депрессивное настроение, страх;
- 3) пациенты, у которых развились вегетативные соматические нарушения, связанные с переживаниями и переработкой стресса.

О профилактических вмешательствах для соответствующего влияния на нагрузку говорят, например, когда рассматривается вопрос, можно ли смягчить самоиндуцированные стрессоры путем снижения производственной перегрузки (Perrez M., 1990). Психологическая профилактика с целью укрепления здоровья при наличии стресса была разработана главным образом применительно к больным с коронарными сердечными заболеваниями, в большинстве случаев в рамках концепции так называемого поведения типа А.

Важнейшие цели профилактического вмешательства для улучшения поведения в стрессовых условиях могут быть систематизированы по местонахождению источника стресса (вызванного самой личностью, вне личности), по известным важным для адаптации признакам стрессоров или по структурам задач, внутренне присущих ситуации перегрузки (копинг-задачи — coping-tasks). Прежде всего это:

- 1) влияние на внутренние контролируемые эмоциональные стрессоры;
- 2) влияние на внутренние контролируемые когнитивные стрессоры;
- 3) влияние на внешние контролируемые когнитивные стрессоры;
- 4) влияние на неконтролируемые стрессоры;
- 5) влияние на многозначность.

Перре и Райхертс (Perrez M., Reicherts M., 1992) попытались сформулировать правила (условно-нормативные рекомендации) преодоления стресса и обосновать их эмпирически, а также рекомендовали поведение с учетом стрессорных признаков (например, контролируемость) и цели (например, решение проблемы).

При воздействии на угнетающие эмоции важную роль играет способность к *релаксации*. Возможность расслабляться, субъективно и психологически влиять на мышечный тонус является важнейшим условием снятия возбуждения, вызванного страхом и гневом. Для этого лучше всего подходит метод *прогрессирующей мышечной релаксации* Джекобсона, широкое применение нашли также *аутогенная тренировка* и методы *медитации*. Для изменения неконтролируемого выражения гнева были разработаны поведенческие и когнитивные терапевтические приемы. При способности самостоятельно подавить гнев могут быть показаны *тренинги самоутверждения* и методы достижения социальной готовности.

Обременяющие когниции также связаны с эмоциями, точнее, порождают их и могут привести к неблагоприятным последствиям. Поэтому изменение дисфункциональных когниций или построение функциональных когнитивных реакций там, где таковые отсутствуют, является обязательным

компонентом каждого профилактического *тренинга*, направленного на улучшение поведения в условиях стресса. Там, где дисфункциональное преодоление стресса вызвано некомпетентностью обращения с поддающимися влиянию и решаемыми проблемами, что часто наблюдается у депрессивных пациентов, необходимо усилить способность адекватного воздействия на контролируемые ситуации, например с помощью тренинга социальной компетентности, тренинга самоутверждения или коммуникативного тренинга. Недостаток профессиональной компетентности обычно не является предметом профилактического психологического вмешательства.

Если причина нагрузки неконтролируема и носит хронический характер, то в определенных случаях целесообразно избегать стрессоров, обходить их. Поэтому пациент должен научиться уклоняться от не поддающихся воздействию стрессоров, уходить от них, например, если это возможно, поменять место работы или не думать о событиях, на которые повлиять невозможно. Лазарус (Lazarus R. S., 1983) в этой связи говорит о «benefits denial» («пользе от отказа»). Для ситуаций, в которых нерегулируемые стрессоры невозможно обойти, адекватным способом преодоления является их переоценка, придание им нового смысла. У людей с ограниченной возможностью переоценки нужно заново сформировать способность к преодолению, например с помощью методов когнитивного реструктурирования или *рационально-эмоциональной психотерапии* Эллиса (Ellis A., 1984). Поведение типа А характеризуется обычно недостаточным умением влиять на нерегулируемые стрессоры.

Многозначность, частый отягчающий признак стрессоров, требует при определенных условиях адаптивной реакции в виде ее сокращения с помощью поиска информации. Это имеет смысл только тогда, когда информация может быть полезна для решения проблемы, например, когда перед неизбежной операцией пациент обдумывает все возможные побочные действия и факторы риска. Адекватный подход к многозначности основывается на способности перед поиском информации оценивать потенциальную пользу ее или вред, а также на толерантности к многозначности.

В условиях жизни при наличии стресса терапевтические (в том числе и профилактические) вмешательства для подавления его требуют рациональных действий, которые предусматривают следующие процессы:

- 1) анализ проблемы (диагностическая фаза);
- 2) обдумывание средств и путей решения проблемы;
- 3) осуществление вмешательства;
- 4) непрерывные усилия по оптимизации вмешательства.

Цель диагностики состоит в описании и объяснении проблемы. Сначала рассматриваются ведущие стрессоры и реакции на них на уровне:

- 1) поведения (активное влияние на стрессор, или пассивность, или побег и т. д.);
- 2) когний (вид самокоммуникации в стрессовых ситуациях);
- 3) эмоций (какие типичные стрессовые эмоции проявляются);
- 4) возможных психологических реакций, если это кажется целесообразным и технически осуществимым (имеется яркий психологический образец).

В качестве других параметров представляют интерес частота, интенсивность и продолжительность стрессоров, а также копинг-реакций. Следующая задача состоит в функциональном анализе стрессового поведения, его условий и психических и соматических воздействий. Пациент при этом должен быть в состоянии устанавливать связи. В качестве диагностических методов используются интервью, анкеты, систематическое самонаблюдение и возможные психологические измерения.

После диагностической фазы определяются далекие и близкие цели вмешательства и методы их достижения. Разделение целей и методов продумывается так, чтобы терапевтическая работа была мотивированной для пациента, а это значит, что определенный успех должен быть в какой-то мере терапевтически запрограммирован. Вмешательство предусматривает в качестве первого шага в терапевтических сеансах умственную тренировку или ролевую игру, сопровождающиеся домашними заданиями. На более поздних фазах терапевтическая работа концентрируется на использовании опыта, приобретенного в повседневных ситуациях. Ее необходимо контролировать разными методами и по возможности непрерывно, чтобы можно было быстро обнаружить ухудшение или отсутствие положительного результата и изменить характер действий в адаптивном направлении. Эта адаптация



при определенных обстоятельствах требует проведения новой диагностической фазы для лучшего анализа проблемы.

В качестве методов стрессового вмешательства, по Коттону (1990), могут быть названы те, которые позволяют без ущерба здоровью и гибко перерабатывать нагрузки, а также сокращать ненужные нагрузки или избегать их. Различаются следующие формы терапии:

- 1) индивидуальная,
- 2) групповая,
- 3) *библиотерапия*.

С помощью последней стремятся улучшить поведение в условиях стресса через информацию и программы упражнений посредством коммуникативного воздействия книги. Наряду с социальной формой вмешательства могут быть использованы и когнитивно-поведенческие или физиологические. К физиологическим вмешательствам Дороти и Коттон (Dorothy H. G., Cotton G., 1990) относят, например, *биологическую обратную связь*, к когнитивным — самовербализационный тренинг, к поведенческим — тренинг компетентности (skill-training). Почти все методы вмешательства при стрессах не были разработаны специально для этого, а использовались и в других терапевтических целях. Неудивительно поэтому, что речь все время идет о поведенчески-когнитивной технологии, имеющей значение для регулирования поведения.

Дисфункциональная обработка нагрузки обычно автоматизирована и поддерживается комплексными внутренними и/или внешними факторами, их усиливающими, например типичные реакции раздражительности, курение, депрессивное поведение как реакции на стресс. Адаптивные поведенческие привычки, которые следует заново выработать и довести до автоматизма, обычно представляют собой очень важную поведенческую цель, для реализации которой в большинстве случаев недостаточно знаний и мотивации, необходимо включение большого количества мотивирующих факторов, способствующих поддержанию целесообразного поведения.

Для формирования нового желаемого поведения нужно выполнить ряд условий. Блэшль (Bloschl L. O., 1981) называет следующие: 1) формируемое поведение должно быть четко определено: каково исходное положение? Каковы конечные цели? (например, точное установление частоты курения, определенных физических нагрузок и причин для этого поведения или выяснение частоты, качества и интенсивности стрессоров и реакций на них); 2) разделение целей поведения на частичные или этапные; 3) выбор и использование эффективных усилителей, которые последовательно применяются для целевого поведения (в качестве усилителей годится все, что достаточно мотивировано для создания и укрепления новых привычек, т. е. социальные и материальные усилители, первичные и вторичные усилители. Незначительная эффективность усилительной программы, как правило, указывает на использование неподходящего усилителя и / или на установление слишком высоких этапных целей); 4) планирование поддерживающей помощи, предусматриваемой терапевтами, куда входят поведенческие контракты и подключение посредников (членов семьи или других близких, поддерживающих вмешательство или оказывающих практическую помощь, облегчающую образование новых привычек); 5) планирование постепенного «высвечивания» методических приемов, к чему относится пошаговое введение искусственного усиления в естественное, предусмотренное развитие.

При образовании привычек через усилительные программы поддержкой могут оказаться так называемые поведенческие контракты, или контингентные договоры — соглашение, в которое вступают пациент с психотерапевтом для достижения поведенческой цели. Описан ряд правил и принципов, оказавшихся полезными при таких договорах: конечная цель этих поведенчески-психологических стратегий мотивирования должна постоянно находиться под *самоконтролем*; цели поведения необходимо разделить на небольшие «шаги», а условия для награды должны быть ясными и привлекательными; переход от терапевтически контролируемых к контролируемым пациентами вмешательствам происходит посредством пошаговой передачи ответственности за выполнение договора под самоконтроль. О достижении цели самоконтроля говорит способность заключать поведенческие договоры с самим собой, когда поведенческие альтернативы содержат в себе конфликты для личности, что нормально при замене поддерживаемого самим пациентом или усиленного извне поведения, ведущего к риску.

Как методический элемент самонаблюдение (self-monitoring) играет важную роль в различных

обусловленных стрессом профилактических и терапевтических вмешательств. Изменение поведения, ведущего к риску, или дисфункционального копинга предполагает тщательное самонаблюдение. Оно помогает самоосознанию проблематичного поведения с количественных и качественных точек зрения (описательные функции), с тем чтобы пациент выучил условия дискриминации, предопределяющие поведение, ведущее к риску, например типичную чувствительность, которая связана с потребностью к курению. Подобная информация вносит вклад и в анализ условий, которые контролируют поведение, ведущее к риску (условно-аналитическая функция). Следующая функция самонаблюдения состоит в развитии эффектов вмешательства.

На начальной стадии очень поучительным может быть самонаблюдение незначительной степени структурирования — записи в дневнике о событиях и проблемах поведения, связанных с ними. Несколько более высокая степень структурирования — умение запротоколировать разговоры с самим собой, самоинструкции и мысли в течение определенного промежутка времени, которые или предшествуют проблематичному поведению, или следуют за ним (как это, например, требуется для когнитивного и поведенческого анализа при изменении дисфункциональных самоинструкций или когниций). Протоколирование наблюдений, в том числе и непрерывный графический (для наглядности) перенос частот и всяческих изменений, само по себе имеет терапевтическую ценность, хотя только самонаблюдение обычно не создает длительных новых привычек. Курильщику можно, например, каждый раз, выкуривая с удовольствием сигарету, протоколировать время, обстоятельства, социальную ситуацию и эмоциональную чувствительность перед курением, во время и после него. Для точного охвата всех признаков рекомендуется систематический процесс самонаблюдения высокой степени структурирования. Он регулирует условия записи и подлежащие наблюдению признаки с помощью категорий, системы знаков или шкалы рейтинга. Высокоструктурированное самонаблюдение может быть облегчено вспомогательными электронными средствами. Перре и Райхертс (1989) разработали процесс самонаблюдения за переживанием нагрузок и их переработкой с помощью компьютера, позволяющего точно запротоколировать важные для здоровья психические признаки переживания стресса. Самонаблюдение является центральным элементом и для терапии самоуправления. Эта терапия исходит из того, что личность должна быть способна самостоятельно стремиться к цели и влиять на свое поведение. Саморегулирование поведения осуществляется через процессы, которые «вводятся в действие самой личностью и поддерживаются ею» (Kanfer F. H. et al., 1991), т. е. через когнитивные способы поведения — планирование, мышление, самокоммуникацию и т. д.

Таким образом, это внутриличностные, подверженные осознанному регулированию (саморегулированию) процессы, в отличие от факторов окружающего мира или биохимических процессов внутри организма. При саморегулировании иначе, чем при автоматизированном поведении, происходит контролируемая переработка информации. Терапия самоуправления отталкивается от того, чтобы проявить этот контроль, как минимум, на переходную фазу для создания новых, доведенных до автоматизма способов поведения. Самоконтроль понимается как особый случай саморегулирования, когда поведенческие альтернативы находятся в конфликте. Кэнфер и др. (1991) называют следующие основные цели самоконтроля: 1) научиться управлять собственным поведением в определенных ситуациях (например, в конфликтных) для достижения личных целей; 2) научиться распознавать специальные физиологические виды возбуждения и эмоции (например, страх, боль), воздействовать на них или по возможности избегать их; 3) научиться влиять на когнитивные (представляемые) процессы (например, недооцененные мысли) и приводить их в соответствие с собственными представлениями о цели. Вмешательство включает в себя 7 фаз, во время которых пациент максимально активен:

- 1) создание благоприятных рабочих условий;
- 2) стремление к значительному изменению мотивации и выбору начальных областей изменения;
- 3) анализ поведения и разработка функциональной условной модели;
- 4) объединение целей вмешательства;
- 5) планирование и проведение специальных методов;
- 6) определение прогресса;
- 7) оптимизация успеха, мероприятия, предотвращающие возвращение назад, и завершение вмешательства.

К специальным методам саморегулирования относятся: изменение разговоров с самим собой

(Meichenbaum D., 1973), коррекция и поддержание поведения посредством самовыработанных стимулов и усилителей (в частности, путем самоштрафования, например прием тетурама при алкоголизме) и договоров с самим собой.

Понятие «самоинструкция» (или «самовербализация») означает, что речь может быть осознанно использована как средство планирования и регулирования профилактического поведения, связанного со здоровьем. Самоинструкции могут быть исследованы на предмет их влияния на ошибочное поведение. Дисфункциональное поведение может возникнуть в результате: а) недостатка самоинструкций и б) несоответственных, неправильных самоинструкций. Самовербализации, примененные при тренинге импульсивных детей, имели своей целью описать способы поведения, понять требования к задачам и пошагово управлять поведением и контролировать его. Самоинструкциями возводится мост между готовностью к определенному поведению и его осуществлением. В тренинговой программе участники разрабатывали примеры для самоинструкций в различных повседневных ситуациях, вызывающих трудности. Модифицированные самоинструкции помогают научить участников различать проблемное и эмоционально-ориентированное разрешение задач, что является, согласно Новако (Novako R. W., 1976), эффективнейшим компонентом программы вмешательства. Посредством внутренних монологов, инструкций, направленных на себя, создается ощущение личного контроля. Если позитивные самоинструкции должны обусловить конструктивные поведенческие решения, предшествующим становится анализ поведения, ведущего к риску. Если личность распознает, что предварительные инструкции усиливали поведение, ведущее к риску, то можно применить альтернативные самоинструкции, обуславливающие здоровое поведение. Способом поведенческого и когнитивного анализа дисфункциональных самоинструкций служит прежде всего самонаблюдение с незначительной, а позднее и с высокой степенью структурирования. Модификация несоответственных самоинструкций требует ментального тренинга с помощью когнитивного переструктурирования (Beck A. T., 1976). Психотерапевт помогает обдумать желаемое поведение и потренироваться в ролевой игре. Пошаговая трансформация в реальность осуществляется в большинстве случаев в виде ступенчатых домашних заданий. Самоинструкции представляют сегодня центральную составную часть когнитивно-ориентированной модификации поведения, в особенности при скрытых поведенческих побуждениях, когнитивном переструктурировании и различных методах разрядки. Использование самоинструкций было позднее интегрировано в концепцию иммунитета к стрессу и методику прививки против стресса (Meichenbaum D., 1985, 1991).

Для изменения относящегося к стрессу копингового поведения применяются и другие методы, эффективность которых частично проверена. Прежде всего это способы разрядки, контроль стимулов, различные формы скрытого обуславливания или биологическая обратная связь и др. Обычно в терапии применяются несколько методов по отдельности или комплексно.

### **СТРЕССОПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛИЗМА («КОДИРОВАНИЕ») ДОВЖЕНКО.**

Суггестивный метод лечения больных алкоголизмом, сущность которого состоит в создании стойкой психологической установки на длительное воздержание от алкоголя. Такая установка создается путем применения комплекса психотерапевтических приемов и подходов, «материализованных посредством физиогенных (стрессовых) воздействий, направленных на активизацию эмоциогенных механизмов мозга» и инстинкта самосохранения (Довженко А. Р., 1982).

Применение метода предусматривает определенную этапность. На первом, вводном этапе формируется и укрепляется установка на лечение; доверие к методу; убежденность больного в безусловно положительном результате лечебного эффекта. Для решения этих задач применяется косвенное (опосредованное) *внушение*, используются механизмы психической индукции и сенсibilизации. Задачи второго этапа — актуализация инстинкта самосохранения, снятие «анозогнозической инертности», формирование «культы личности» врача-психотерапевта, иллюстрация его «исключительных волевых способностей», объяснение механизма положительного эффекта проводимой терапии, подготовка больных к следующему этапу лечения. На этой стадии проводятся групповые занятия в течение 1,5-2 часов с последовательным применением ряда психотерапевтических приемов, осуществляемых на фоне гипноидных (фазовых) состояний. На передний план выступает *рациональная психотерапия* (мотивированное внушение). Семантическим ядром методики является формула внушения, заключающаяся в том, что «не твоя (больного), а моя (психотерапевта) воля

избавляет тебя от недуга». По мнению А. Р. Довженко, устранение фиксации личности на борьбе с желанием выпить приводит к дезактуализации этого желания, полному исчезновению влечения к алкоголю. Кульминационные смысловые моменты завершаются эмоционально-волевыми императивными внушениями с элементами драматизации, ритуальными действиями. Больным внушается также, что направленными усилиями врача с помощью «гипнотических и физиогенных» воздействий у них в мозгу формируется устойчивый очаг возбуждения нервных клеток, который с момента «кодирования» блокирует влечение к алкоголю на длительные сроки — 1 год, 5, 10, 25 лет и более. На многочисленных примерах из практики врача-психотерапевта, в наглядно-конкретной, эмоциональной форме с элементами драматизации раскрываются возможные негативные последствия нарушения больным режима трезвости. Третий этап — процедура «кодирования» — длится 2-3 минуты. «Кодирование» представляет собой императивное внушение, осуществляемое на фоне физиогенных воздействий, называемых автором «материализацией внушения». К физиогенным воздействиям относятся: зрительная депривация (одномоментное принудительное закрывание глаз ладонью врача) и воздействие на вестибулярный аппарат (резкое насильственное забрасывание головы назад); затем кратковременное раздражение тройничного нерва в точках выхода (энергичное пальцевое давление в точках Валле в течение 2-5 секунд до появления болевых ощущений); несколько секунд спустя — орошение зева и глоточного пространства больного, находящегося в положении с широко открытым ртом, струей препарата плацебо, что сопровождается различными вегетативными нарушениями. Эти физиогенные воздействия значительно усиливают, по мнению А. Р. Довженко, психотерапевтический эффект предшествующих этапов.

Автор метода объясняет формирование отрицательного эмоционального отношения к алкоголю следующим нейрофизиологическим механизмом. В эмоциогенных системах мозга формируются сильные и стойкие очаги возбуждения. Возбуждение возрастает, когда к нему присоединяется возбуждение, возникающее в тех же отрицательных эмоциогенных системах мозга вследствие воздействия ряда «возмущающих» факторов: зрительной депривации («стресс ожидания»), болевого воздействия на точки Валле (эмоции боли), орошение зева препаратом плацебо (эмоции дискомфорта), резкого забрасывания головы (вестибулярный стресс) и др. В результате появляется сильный и постоянно подкрепляющийся очаг возбуждения в отрицательных эмоциогенных системах мозга, который вступает в конкурентные взаимоотношения с патологической интеграцией влечения к алкоголю и по механизмам доминанты блокирует его.

**СТРУКТУРАЛИЗМ ЛАКАНА.** Структурализм как общеметодологическое течение исходит из представления о преобладании, преимуществе структурного измерения в любых явлениях окружающего мира и, следовательно, из примата структурного анализа как метода познания природы и общества. В социальных феноменах структурализм в противовес своему непосредственному предшественнику и антиподу — экзистенциализму — и другим субъективистским течениям пытается отыскать нечто объективное, не подверженное субъективным влияниям и изменениям. Такую объективность структурализм усматривает в структурах: они не зависят от сознания, воплощают устойчивый момент действительности и дают тем самым возможность научного исследования. В социологии структурализм снимает важнейшую проблему взаимодействия между субъективным и объективным, ограничиваясь анализом структур, применительно к которым субъективное выступает только как эпифеномен. Объективность в социальной среде, по мнению адептов структурализма, представлена языком, в котором структуры существуют и функционируют изначально и формируются независимо от воли и желания людей. Таким образом, на практике структурный анализ в социологии — это поиск аналогий со строением языка во всех сферах культуры и социальной среды. Метод структурного анализа в социологии и генетически и содержательно связан с методами структурной лингвистики, семиотики и описывающими их разделами математики. Старшее поколение представителей структурализма (Леви-Стросс (Levi-Strauss C.), Лакан (Lacan J.)) использует структурный метод в этнографии и психоанализе. Для Леви-Стросса исследование систем родства, мифов, ритуалов, масок как особого рода языка становится средством постижения в многообразии, казалось бы, несходных явлений общих структур человеческого духа.

В истоках работ Лакана выявляется ряд связанных друг с другом факторов, сделавших возможным коренной пересмотр теории *Фрейда* (Freud S.). Отправным моментом явилась радикальная

критика «американизированного» адаптивного психоанализа. Лакан был одним из тех, кто отчетливо и очень рано увидел глубокую связь Эго-психологии с «американским образом жизни», с идеологией человеческих отношений, с «человеческой инженерией». Отсюда его постоянный лозунг «Назад, к Фрейду», отражающий самую суть его позиции. Чтобы вернуться к Фрейду, Лакан использовал средства анализа, представленные в его распоряжение как уже сформировавшимися, так и находившимися еще в стадии становления областями знания. К первым относятся словарь гегелевской диалектики и данные антропологии XIX в., ко вторым — антропологический структурализм (отталкивавшийся от изучения структур родства и сосюровской лингвистики и использованный Лаканом задолго до фазы особенно интенсивного развития этого направления в 60-х гг.), формализованные системы, логика, теория игр, топология.

С. Л. можно охарактеризовать двумя высказываниями, каждое из которых связано с понятием бессознательного и его отношением к языку и к понятию субъекта:

- бессознательное структурировано как язык;
- бессознательное субъекта — это речь Другого.

«Бессознательное структурировано как язык». Анализ истерии показал, что функции языка подтверждают существование бессознательного, вызывающего психосоматические расстройства. Заслуга Лакана состоит в том, что он установил взаимосвязь между обнаруженными Фрейдом специфическими формами языка и категориями лингвистики, с одной стороны, и такой древнейшей языковедческой дисциплиной, как риторика, — с другой. В лингвистике возникло понятие означающего, в риторике — понятие буквы. Оба эти понятия оказываются включенными в сложную сеть взаимосвязей, образуя специфические структуры, позволяющие предположить существование определенной организации и в бессознательном.

Лакан заимствовал у Соссюры (Saussure F.) и впоследствии значительно изменил формулу знака, используемого в языке: отношение между означающим и означаемым, между компонентом знака, явственно зримым, ощутимым, материальным, и компонентом, который только обозначен, выступает лишь как намек и может даже отсутствовать вовсе. У Соссюры эта формула имела следующий вид:  $S/s$ , где  $S$  — означающее, а  $s$  — означаемое. Для Лакана эта формула соответствует формуле вытеснения: черта, разделяющая две части знака, является выражением барьера вытеснения. Означаемое уподобляется, следовательно, вытесненному, всегда отсутствующему, ускользающему от припоминания и выражаемому при помощи означающего, которое отражает структурированность языка. Означающее, будучи графически изображенным, — это материальная реальность, о характере и силе воздействия которой можно судить по фактам, описанным Кляйн (Klein M.). Лакан называет буквой эту «локализованную структуру означающего». В таком названии нет ничего удивительного, ибо бессознательное действительно познается лишь через букву. Так, прибегая к различного рода иносказательным смыслам, Лакан показывает сцепления, взаимосвязи слов, образующие структуру языка. Он отмечает два характерных свойства этой структуры, которая:

- 1) «сводится к дифференцированным, не поддающимся дальнейшему разложению элементам»;
- 2) «образуется на основе законов, придающих ей скрыто упорядоченный характер».

Лакан устанавливает, что две основные формы риторики — метафора и метонимия — подобны описанным Фрейдом основным законам сновидения — конденсации и смещению.

«Бессознательное структурировано как язык», т. е. характеризуется строгой связанностью своих элементов, отделенных друг от друга «проблемами», играющими столь же важную роль, как и «полные» слова. Психоаналитик слушает все, учитывая основное правило, которое освобождает рассказ от ограничений, налагаемых на него социальными условностями.

Любой перерыв в рассказе, независимо от того, происходит он по вине пациента или психоаналитика, интерпретирующего этот рассказ или прерывающего сеанс анализа, — все это пример «пунктуации» (еще один грамматический термин, вошедший в словарь психоанализа). Эффекты языка оттеняются «пунктуацией», которая, отражая временные связи и умение психоаналитика, становится, как говорит Лакан, важным средством регуляции *переноса*. Лечение состоит в выявлении временных зависимостей, образующих структуру языка: от одного означающего к другому, через интервалы, выполняющие функцию «пунктуации» всего рассказа или отдельных ассоциаций слов, постепенно все более отчетливо вырисовывается структура языка — это речь Другого, дополнительный плацдарм

бессознательного.

Каковы возможности психоанализа, если бессознательное — это речь Другого? Задачей психоанализа является установление правильных отношений субъекта к этому Другому, т. е. установление этих отношений на основе культурных (символических) и субъективных (воображаемых) детерминирующих факторов. Если вспомнить формулу Фрейда: «Где было Оно, там будет Эго», звучащую в переводе Лакана как: «Где было Оно, должно быть Эго», то нетрудно понять, что Лакан устанавливает разграничение, которое не было проведено Фрейдом, — разграничение между «Я» субъекта и «Я» его рассказа: первое остается иллюзорной защитой, второе знает, что такое реальность и каковы налагаемые ею ограничения. Различие между ними — это фундаментальное различие между незнанием и *осознанием* этого незнания, причем последнее никогда не устраняет первого: «Чтобы исцелить от душевного недуга, нужно понять смысл рассказа пациента, который всегда следует искать в связи "Я" субъекта с "Я" его рассказа».

И еще одна формула, кажущаяся туманностью которой является следствием двусмысленности и неясности самого психоанализа: «Субъекта побуждают заново родиться (в сеансе психоанализа), чтобы узнать, хочет ли он того, чего желает». Психоанализ ведет от незнания к распознаванию — к распознаванию субъективной структуры, остающейся неизменной до тех пор, пока неизменна реальность историческая, социальная и культурная. Вот как определяет Лакан цели психоанализа: «восстановление символического ряда, основными составляющими которого являются:

- история жизни, переживаемая как процесс;
- подчинение законам языка, единственно способным обеспечить сверхдетерминированность;
- игра интерсубъективного, посредством которой истина входит в реальное».

Все это в совокупности позволяет Лакану наметить основные направления подготовки аналитика.

История жизни индивида, рассматриваемая в ее связях с культурными факторами; история, которая раскрывается в условиях психоанализа только на основе языка и через него; история, в которой устанавливается трудная связь между самыми волнующими переживаниями субъекта, с одной стороны, и наиболее, казалось бы, безразличным индивидуальным и коллективным прошлым — с другой, — все это делает для Лакана неустранимой функцией психоанализа исследование культурных и социальных факторов.

Структурализм как общеметодологическое течение исходит из примата структуры над функцией в любых явлениях окружающего мира, в том числе и в социальных процессах. В то же время в социологии структурализм снимает важнейшую проблему взаимодействия между субъективным и объективным, ограничиваясь анализом структур, применительно к которым субъективное выступает только как эпифеномен. Метод структурного анализа в социологии и генетически и содержательно связан с методами структурной лингвистики, а С. Л. имеет глубокие корни еще и в психолингвистике. В нашей стране лингвистика, и особенно психолингвистика, подобно генетике и кибернетике, многие годы считалась буржуазной лженаукой, и потому С. Л. не получил у нас до настоящего времени соответствующего развития.

**СТРУКТУРНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ РОЛЬФ.** Метод структурной интеграции, называемый «рольфинг» по имени его автора Рольф (Rolf I., 1975), является в основном физическим вмешательством, используемым для психологической модификации личности. Исторически рольфинг, как и другие приемы телесной терапии, связан с терапевтическими методами Райха (Reich W.).

Цели телесной терапии отличаются от лежащих в основе физических занятий человека, посвятившего свою жизнь спорту. Хотя совершенные физические качества заслуживают одобрения и вносят свой вклад в психическое здоровье, энтузиасты физической подготовки в большинстве случаев рассматривают свое тело как объект восхищения. Телесные терапевты ставят акцент на знакомстве с телом, подразумевающим расширение сферы *осознания* индивидом глубоких организмических ощущений, исследование того, как потребности, желания и чувства кодируются в разных телесных состояниях, чем подчеркивают важность физических привычек как ключа к психологической диагностике.

По мнению Рольф, хорошо функционирующее тело остается прямым и вертикальным с минимумом затрат энергии, несмотря на силу тяготения, но под влиянием стресса оно может

приспосабливаться к последнему и искажаться. Наиболее сильные изменения происходят в фасции — соединительной оболочке, покрывающей мышцы. Обычно она довольно эластична, но под воздействием напряжения укорачивается, кроме того, в ней могут происходить и биохимические изменения.

Целью С. и. Р. является манипулирование мышечной фасцией и ее расслабление, с тем чтобы окружающая ткань могла занять правильное положение. Процесс терапии основан на глубоком массаже с помощью пальцев, суставов пальцев и локтей. Этот массаж может быть очень болезненным. Чем сильнее напряжение, тем сильнее боль и тем больше необходимость в подобном манипулировании. Вследствие взаимосвязи фасций всего тела напряжение в одной области оказывает выраженное функциональное компенсаторное влияние на другие области.

Процедура рольфинга состоит из 10 основных занятий, во время которых происходит реорганизация движения в суставах. Как и в терапии Райха, основное значение для общего здоровья имеет таз.

Определенные виды эмоциональных проблем часто связаны с конкретными областями тела. Например, у человека, который, если говорить образно, «идет на цыпочках по жизни» или, наоборот, «впечатывает пятки», как бы сопротивляясь давлению со стороны других, могут быть проблемы с пальцами ног или плохо распределенный вес тела. Массаж соответствующей области тела ослабляет напряжение и ведет к эмоциональной разрядке.

Поскольку процедура рольфинга связана с болью и возможностью структурных повреждений тела, ее должны проводить только опытные специалисты. Метод особенно эффективен в тех случаях, когда «мышечная броня» и напряжение достигают значительной степени; но может находить применение и в тех видах психотерапии, которые преимущественно ориентированы на сознание, а не на тело.

**СТРУКТУРНАЯ СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ МИНУХИНА.** Структурная модель Минухина (Minuchin S.) основана на том, что гомеостаз семейной структуры автоматически поддерживается за счет многократно повторяющихся стереотипов взаимодействия. Взаимоотношения в семье подчиняются законам циркулярной каузалности. Поэтому психотерапевтическая коррекция внешнего рисунка отношений между членами семьи и закрепление нового, не ведущего к болезненным расстройствам стереотипа являются условиями, достаточными для нормализации поведения и состояния отдельного члена семьи, делая излишним индивидуальную коррекцию его психических механизмов. Симптомы считаются лишь признаками дисфункциональности.

Психотерапия сосредоточена не на биографически раннем жизненном опыте в его отражении на позднейшем поведении больного, а на его актуальном коммуникативном поведении. Целью становится не столько достижение *инсайта*, сколько выявление взглядов членов семьи на реальную ситуацию в ней, изменение коммуникативных стереотипов, за которым должна последовать перестройка всей системы внутрисемейных отношений. Психотерапевты осуществляют активный контроль над семьей и руководят ее иерархической структурой. Постоянно составляется «план положения», «карта», в рамках которой определяются роль и властные полномочия каждого члена семьи, границы подсистем (с учетом поколения, пола, интересов, функций), пути избегания конфликтов, формирования коалиций. Согласно концепции Минухина, границы между семьей и ее социальным окружением определяются семьей через сообщаемую своим членам «матрицу идентичности» за счет переживания равновесия принадлежности и обособленности. Четкость границ между подсистемами формирует индикатор интактного функционирования семьи. Особое значение принадлежит супружеским или родительским системам.

В качестве примеров психотерапевтических приемов, используемых Минухиным, можно привести «подражание» («присоединение») и «предписание». В первом случае психотерапевт «присоединяется», например, к отцу и имитирует его поведение, манеры и стиль общения. Во втором конфликт выносится на занятия, и члены семьи демонстрируют, как у них все происходит, после чего психотерапевт определяет пути модификации их взаимодействий и создания структурных изменений (часто используются прием «зеркала» и видеозапись).

С. с. п. М. создавалась, по мнению Леви (Levy D., 1993), в контексте особой лечебной практики Минухина. Он работал обычно с семьями национальных меньшинств и семьями с низкими доходами, когда проведение инсайт-ориентированной психотерапии было затруднено.

**СТУПЕНЧАТЫЙ АКТИВНЫЙ ГИПНОЗ ПО КРЕЧМЕРУ.** Методика психотерапии, объединяющая *аутогенную тренировку с гипнотерапией*. Предложена Кречмером (Kretschmer E.) в 1949 г. Тренировочные упражнения на *релаксацию* и фиксацию при этом методе ограничивают роль собственно суггестивных факторов. Сеанс психотерапии начинается аутогенной тренировкой, после чего осуществляется гипнотизация пациента. Методика С. а. г. п. К. может быть рекомендована для малогипнабельных лиц.

**СУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** (от лат. *suggestio* — внушение). Этот термин объединяет группу методов, в основе которых в качестве ведущего лечебного фактора выступает *внушение* или *самовнушение*. Внушение реализуется в состоянии бодрствования, гипнотического сна (*гипнотерапия*), наркотического сна (*наркопсихотерапия*). Из методов самовнушения наиболее известны *самовнушение по Куэ*, *аутогенная тренировка*, *биологическая обратная связь*.

**СУГГЕСТОПЕДИЯ.** Метод обучения, предложенный еще в 50-х гг. болгарским исследователем Лозановым (Лозанов Г.) и вызвавший довольно широкие отклики — от безоговорочно одобряющих до заостренно критических. В настоящее время дискуссии по поводу суггестопедического подхода стали редкими и потеряли прежнюю напряженность, хотя дальнейшая разработка методических основ педагогической суггестологии и применение последней в учебных заведениях и исследовательских лабораториях Болгарии, нашей и других стран продолжается. Это говорит, по-видимому, о том, что удалось выявить в С. некоторые наиболее характерные и не вызывающие возражений концептуальные элементы. Вероятно, сказался и практический эффект, оправдывающий в определенных случаях суггестопедический подход.

С помощью С. даже в ее узком понимании (как педагогики, опирающейся только на неосознаваемые каналы связи «личность—среда») учебный процесс может быть описан далеко не полностью и средствами, которые и сами являются продуктом учения как сознательного присвоения («социального наследования») человеческой культуры. И тем более неадекватным было бы понимание С. в широком смысле — как педагогики, которая использует суггестивные приемы в обучении, поскольку тогда самым этим термином перечеркивается то единство осознаваемого и неосознаваемого, за которое так ратует суггестология, и неоправданно выпячивается его «суггестивный компонент». Но несмотря на теоретический тезис о единстве осознаваемого и неосознаваемого в психике и практическую его реализацию при обучении, в С. сознание характеризуется чисто негативно — «как мнимая крепость осознаваемой активности», как «антисуггестивные барьеры», препятствующие «директивному» (прямому) проникновению в психику суггестивных воздействий и т. п. Причем в качестве «антисуггестивных барьеров» рассматриваются «сознательное критическое мышление» и «этические принципы личности». Основных принципов С. три:

- 1) принцип радости и ненапряженности;
- 2) принцип единства «осознаваемое—неосознаваемое»;
- 3) принцип суггестивной взаимосвязи «учитель—учащийся».

Вопреки фактическому положению вещей, продолжает утверждаться следующее: «Суггестопедия избегает поведенческой псевдоактивности, которая, с одной стороны, утомляет, а с другой — не ускоряет усвоения нового материала. Она рассчитана на внутреннюю активность — на активность, которая проистекает от хорошо мотивированного положительного отношения к конкретному учебному процессу». Проблема построения «конкретного учебного процесса» и «суггестивная мотивация положительного к нему отношения» — это хотя и связанные, но все-таки разные задачи, и возможности суггестологии не отменяют проблемы построения адекватной психологической теории учения и, что особенно важно, не заменяют ее. Достижения суггестологии, вскрывающие резервы личности, далеко не исчерпывают всех ее возможностей, следовательно, сама С. может пониматься двояко: либо как педагогика, основанная только на суггестологии, либо как педагогика, которая использует достижения суггестологии для оптимизации процесса обучения и воспитания. В последнем случае называть такую педагогику С. было бы ошибочно.

Поскольку суггестология занимается неосознаваемой активностью, то первое данное выше понимание С. означало бы отказ от изучения сознания как высшей формы отражения действительности. В концепции С. по этому поводу нет однозначного разъяснения: с одной стороны, признается, что для мобилизации резервной активности человека важны не суггестивные факторы («псевдопассивность»,



*релаксация, гипноз*) сами по себе, что «решающее значение» имеет авторитет мотивации, которую они несут, с другой же — утверждается, что идеальным направлением суггестивного потока на неосознаваемую психическую активность был бы путь субсенсорной стимуляции, что, конечно, сразу снимает вопрос о какой бы то ни было сознательной деятельности.

Существует ряд других трудностей, ставящих под сомнение возможности чисто суггестивной педагогики.

Первая трудность чисто суггестивного подхода к обучению связана с проблемой соотношения осознаваемого и неосознаваемого в гипнозе. Хотя ведущая роль неосознаваемых моментов в поведении кажется бесспорной, появляются данные, ставящие такую точку зрения под сомнение. Уже давно было доказано, что сомнамбулы не выполняют инструкций гипнотизера, противоречащих их нравственным убеждениям. В работе О. К. Тихомирова, В. Л. Райкова, Н. А. Березанской (1975) по исследованию «творческого мышления» и «обучению творческой деятельности (рисование) в гипнозе» констатировалось: «Воспроизведение конкретных знаний лимитируется как характером внушенного образа, так и прошлым опытом самого испытуемого... Условием изменения личности (системы ценностей, мотивов) является наличие известной системы знаний испытуемого о внушаемом образе... Если этих знаний недостаточно, его поведение становится пассивным, настороженным, растерянным... Если же знаний достаточно, то испытуемый находится в состоянии подъема, действует активно, эмоционально».

Гипнотическое *внушение* усиливает возможность реализации не просто «резервов психической активности», а уже имеющегося у человека запаса знаний и умений, присущих внушаемому образу. Гипноз выступает как вторичный стимулятор «активного творческого процесса и обучения», оказывающий как положительное, так и отрицательное влияние на личность в силу того, что он не только раскрывает ее возможности, но и подавляет их, компенсируя, правда, достаточно богатыми возможностями внушенной (другой) личности. Последнее таит в себе опасность «конформистского» понимания обучения, против чего выступает и С., и теория поэтапного формирования новых действий и понятий, придающая решающее значение сознательности учения.

Вторая трудность чисто суггестивного подхода связана с ролью «темных, инстинктивных тенденций» в обучении. Даже согласившись с наличием у индивида таких тенденций, невозможно отводить им сколько-нибудь значительного места в психической жизни культурного человека, поскольку появление сознания и изготовление орудий на определенном этапе биологической эволюции привели к тому, что инстинкты «потеряли свои приспособительные функции»; появилась «социальная форма наследования», и именно она «стала формировать биологию человека» (Дубинин Н. П., 1975).

Третья трудность обусловлена ролью суггестивного начала во вторично автоматизированных действиях. Во-первых, такие действия до автоматизации проходят стадию сознательных. Во-вторых, даже будучи автоматизированными, они сознательно управляются вышележащим уровнем («этот уровень определяется как ведущий для данного движения ... и независимо от высоты осознается только... ведущий уровень», — писал в отношении «уровневого построения движений» Н. А. Бернштейн). Эти положения тем более справедливы для собственно психических действий.

Четвертая трудность такого понимания С. сопряжена с проблемой интуиции как «неосознаваемого канала связи между личностью и окружающим миром». Интуиция определяется как «вторично автоматизированное действие», как «случайный перенос решения», как «*инсайт*», «озарение», т. е. высшее проявление человеческого духа, его творческого начала. Но во всех этих представлениях существенно одно общее: человеческая интуиция — это некоторое вторичное образование по отношению к той сознательной деятельности, которая ее формирует, воспитывает, подготавливает.

И наконец, пятая трудность чисто суггестивного подхода к обучению связана с эмоционально-мотивационными воздействиями на личность. Во-первых, само по себе повышение мотивации не должно быть самоцелью, речь может идти только об оптимуме мотивации для той или иной деятельности. Во-вторых, возможно различное понимание мотива: 1) как некоторого состояния (само по себе оно осознается) или 2) как человеческого чувства, «опредмеченной потребности», т. е. не просто «приятное (или неприятное) переживание», а «переживание по поводу чего-то». Именно в этом заключается решение проблемы единства интеллектуальной и аффективной сфер личности — в

нахождении «личностного смысла», который обеспечивает истинную сознательность выполняемой деятельности.

С учетом отмеченных выше неосознаваемых каналов связи «личность—среда» следует признать, что они являются не такими уж неосознаваемыми. Неосознаваемые явления надо исследовать в единстве с осознаваемыми, но не до конца ясны генезис неосознаваемых явлений в поведении человека, структура и взаимосвязи этого «сознательно неосознаваемого» единства. Только осмыслив становление и соотношение того и другого в деятельности, можно говорить об их роли в процессе обучения.

Хотя притязания С. на «новое направление в педагогике» могут показаться несколько преждевременными, экспериментальные приемы, найденные в ее творческом поиске, заслуживают внимания, а полученные результаты должны быть интерпретированы в теории поэтапного формирования новых умственных действий и понятий, для того чтобы приблизиться к общей психологической теории обучения.

**СУПЕРВИЗИЯ.** Один из методов подготовки и повышения квалификации в области психотерапии; форма консультирования психотерапевта в ходе его работы более опытным, специально подготовленным коллегой, позволяющая психотерапевту (супервизируемому) систематически видеть, осознавать, понимать и анализировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение. С. направлена на психотерапевтический процесс и имеет своей целью развитие знаний, навыков и умений, способствующих совершенствованию профессиональной деятельности психотерапевта. В процессе С. психотерапевт получает возможность рефлексировать и интегрировать свои личные способы реагирования, объективные знания, субъективный опыт и конкретные психотерапевтические ситуации для совершенствования своей психотерапевтической работы. В ходе С. психотерапевт может осознать, как он работает, находясь в данной психотерапевтической ситуации и являясь при этом конкретным человеком со своими собственными способами поведения и непосредственным субъективным опытом, а также с определенными профессиональными знаниями, навыками, умениями и опытом.

С. осуществляется *супервизором* — специально подготовленным психотерапевтом, который наблюдает за ходом психотерапевтического занятия, а затем обсуждает с супервизируемым определенные аспекты психотерапевтического процесса. Супервизор может присутствовать на занятии, но обычно он располагается за специальным экраном либо использует для анализа и последующего обсуждения подробную запись психотерапевтического занятия, сделанную сразу по его окончании супервизируемым, а также аудио- и видеозаписи.

С. не является учебным процессом в собственном смысле слова или формой организации обучения и *тренинга*, где опытный психотерапевт выступает в роли посредника при *научении* методам и приемам. Такая направленность С. не соответствует ее принципиальным целям и может возникнуть лишь тогда, когда супервизируемый явно недостаточно подготовлен и теоретически, и практически. В этом случае С. может превратиться, по сути дела, в семинарское занятие. В процессе С. взаимоотношения между супервизором и супервизируемым носят иной характер, чем в процессе обучения между обучающимся и его более опытным коллегой: в последнем случае прямые директивные указания и вмешательства играют более существенную роль, чем в С.

С. также не решает задачи психотерапии самого обучающегося психотерапевта. Многие авторы полагают, что личностные проблемы супервизируемого, касающиеся его частной жизни, не являются сферой С. или являются только в той степени, в какой влияют непосредственно на его профессиональную деятельность. Переработка этих проблем в ходе С. допустима только в том случае, если они тесно переплетены с профессиональной деятельностью супервизируемого. С. отличается по своим подходам от *балинтовских групп*, где основное внимание сосредоточено на взаимоотношениях «врач—пациент». С. не является способом контроля за профессиональной деятельностью психотерапевта, а представляет собой обучение посредством консультирования. Материалом для консультирования в процессе С. являются главным образом: 1) проблемы самопонимания и самовосприятия (собственные личностные особенности и способы поведения и реагирования и их влияние на профессиональную деятельность, отношение к себе в профессиональной деятельности); 2) теоретические знания и профессиональные действия (*осознание* того, какие теоретические, практические и личностные установки и особенности определяют позицию психотерапевта в его

профессиональной деятельности, почему используются или не используются те или иные теоретические и методические подходы), процесс самостоятельного развития теоретических знаний и практических приемов; 3) взаимоотношения с другими людьми (прежде всего с участниками С.); 4) формальные и организационные вопросы психотерапевтической практики (место психотерапии в системе лечения, взаимоотношения с коллегами и вышестоящими лицами); 5) отношения с пациентом (проблемы обособления, изоляции, зависимости, *переноса*, ряд других характерных для супервизируемого аспектов его профессиональной деятельности).

С. может осуществляться в индивидуальной и групповой формах. Индивидуальная С. предполагает работу с одним супервизируемым. Важным условием в индивидуальной С. является высокая степень идентификации и непосредственная включенность супервизора в работу супервизируемого. При этом, однако, существует опасность возникновения зависимости супервизируемого от супервизора, что предъявляет к последнему определенные требования в плане следования конкретным задачам С. как формы консультирования в целях обучения и, что особенно нужно иметь в виду, при обсуждении более личных, глубинных проблем супервизируемого. Групповая С. предполагает работу одного супервизора одновременно с несколькими супервизируемыми (обычно 4-7 человек). Преимущество этой формы в том, что в группе представлен более широкий опыт психотерапевтической практики, имеется *обратная связь*, а это способствует развитию действенной профессиональной идентичности. Положительно влияет на групповую форму С. совместимость личных и профессиональных проблем ее участников с актуальной групповой ситуацией и *групповой динамикой*. Вариантом групповой С. является работа в так называемых неструктурированных группах, в которых супервизируемые попеременно выступают в роли супервизора. Такие взаимные консультации в кругу коллег предполагают достаточный опыт практической работы и высокую степень *самоконтроля* ее участников.

С. используется в процессе подготовки и повышения квалификации индивидуальных, групповых и семейных психотерапевтов в различных психотерапевтических направлениях и школах.

**СУПЕРВИЗОР.** Специально подготовленный психотерапевт, осуществляющий *супервизию*. Основная функция С. заключается в консультировании обучающегося психотерапевта, предоставлении ему возможности рефлексировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение. Содержание работы С. определяется пониманием супервизии как формы консультирования и соответственно позиции С. как позиции консультанта, отличающейся от позиции учителя, контролера. Важной проблемой для С. является проблема соблюдения дистанции с супервизируемым, которая должна определяться исходя из задач супервизии. В ряде стран существует система подготовки С. в специальных школах, а также система подготовки С. второго порядка (С. для С.)

**СУППОРТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Часто описывается как особый вид поддерживающей *психоаналитической психотерапии*, хотя это понятие имеет более широкое значение — психотерапия различных направлений поддерживающего характера.

В отличие от других видов психоаналитической терапии, которые ориентированы на изменения, С. п. стремится помочь пациенту восстановить его оптимальный уровень функционирования в прошлом, принимая во внимание все ограничения, связанные с заболеванием, способностями, биологическими данными и жизненными обстоятельствами (Ursano R. J. et al., 1991). С. п. предоставляет поддержку и помощь личности такой, какая она есть. В этом случае отсутствует глубокий анализ личностных проблем. С. п. часто носит вспомогательный характер, содействуя другому, основному лечению.

Пациенты, с которыми проводится С. п., разделяются на 2 категории: 1) хорошо адаптированные к жизни, но состояние здоровья которых пошатнулось из-за каких-то чрезвычайных жизненных ситуаций; 2) страдающие серьезными психическими заболеваниями или имеющие хронические проблемы в связи со значительным дефицитом в функционировании «Я». Совершенно здоровый пациент может в какой-то момент пострадать от избытка нахлынувших чувств, но не утрачивает своих психических функций и способен со всем этим справиться после восстановления душевного равновесия и восполнения резервов психической энергии. Большинство пациентов, которым пришлось испытать тяжелую психическую травму (война, землетрясение, катастрофы, несчастные случаи на дорогах), попадают под эту категорию и возобновляют свое нормальное функционирование после курса С. п.

Наиболее подходящими для С. п. пациентами являются индивиды с хроническими психическими расстройствами, лишенные способностей, необходимых для улучшения в рамках психотерапии, ориентированной на изменения. Такой пациент страдает от неадекватного восприятия реальности, слабого контроля за своими импульсами, ограниченных межличностных отношений, недостаточной либо избыточной эмоциональности и от тенденции выражать конфликты вовне. Кандидаты для такой психотерапии не получают значительного облегчения только от одного понимания своих проблем либо потому, что не способны мыслить психологическими категориями, либо потому, что не умеют применять и обобщать полученные знания. Обычно они используют примитивные защитные механизмы, такие как расщепление, проективную идентификацию и отрицание, что приводит их к восприятию окружающего мира как враждебного, не позволяющего чувствовать себя в безопасности. Иногда конфликты пациента носят хронический характер и вынуждают окружающих к реципрокным ответным действиям. Таким образом, возникают трудности при поддержании терапевтического альянса; психотерапевту может понадобиться активное вмешательство, для того чтобы продемонстрировать пациенту свою заинтересованность и его безопасность. В связи с этим диагностика и регулирование *переноса* и *контрпереноса* являются основными задачами для эффективной С. п.

Психотерапевт не должен забывать, что существуют вмешательства, альтернативные С. п., когда дело касается пациента с ярко выраженными Я-дефицитами. Советы, реабилитационные программы, манипуляции с окружением — таковы способы эффективного вмешательства, если С. п. не показана. Кроме того, в этом случае может оказаться эффективным медикаментозное лечение. Однако при хронических заболеваниях без психотерапии ни медикаментозное лечение, ни межличностные или социальные вмешательства не приведут к желаемому успеху. Напротив, все это можно эффективно осуществлять через психотерапевтическую работу.

Для С. п., как и для всех прочих видов психоаналитически-ориентированной психотерапии, важное значение имеет глубинное понимание пациентом истории своего развития и стиля защиты. Только вооружившись необходимыми знаниями, психотерапевт может точно оценить создавшийся терапевтический альянс, понять, где и каким образом усилить защитные механизмы больного, осознать, когда и каким образом работать с переносом. Укрепление хороших рабочих взаимоотношений с пациентом — это первоочередная задача в С. п. Постоянная, предсказуемая доступность психотерапевта составляет суть терапии и является новым опытом в жизни больного. В силу того, что контакт в С. п. создается не благодаря наблюдению передачи пациентом своих чувств в каждый момент терапии или своего отношения к психотерапевту, как это происходит в долговременной (раскрывающей) психодинамической психотерапии, взаимоотношения с психотерапевтом здесь совершенно иные. Поведение последнего имеет более директивный характер. Рабочие отношения, доверие и чувство безопасности возникают из понимания психотерапевтом сложных чувств пациента в каждый момент терапии. Когда больной прибегает к проекции и начинает описывать подстерегающие его опасности, опытный врач чувствует растущую внутри пациента агрессию и стремится найти то, что может оказаться каким-то неисполненным агрессивным желанием или активацией какого-то деструктивного порыва, возникшего в ходе идентификации с ненавистным родителем. Способность специалиста оказать поддержку основывается на понимании им нынешнего конфликта больного, состояния его защит и переноса. Вооружившись такими знаниями, психотерапевт может предпринять вмешательство через выражение чувств, охвативших пациента, но в измененной, приглушенной форме, через признание успехов последнего и обеспечение «поддерживающей обстановки», благодаря которой пациент может отложить или подавить свою реакцию, что замедляет снижение его социальной активности.

Технические приемы С. п. незначительно отличаются от приемов, используемых в психоаналитической психотерапии. Однако в последней эта часть работы обычно выполняется пациентом в одиночку после идентификации невротического элемента, который является причиной его слабости. В С. п. психотерапевт помогает пациенту не упустить какую-то важную деталь («Я думаю, мы не упомянули о том, что вы не хотите ехать домой к матери из-за нежелания ее разочаровать. Мы знаем, как вы себя плохо из-за этого чувствуете») и приступает к рассмотрению вариантов, после того как они были соответствующим образом определены: «Да, конечно, отказ от поездки к ней домой плохо на вас скажется, если вы полагаете, что это ее расстроит; но, с другой стороны, вы почувствуете, что лучше

контролируете ситуацию с работой, принимаете решения, которые необходимы для вашей семьи». Хотя *интерпретация* не является основой С. п., она все же присутствует в этом виде лечения. Интерпретации в С. п. отличаются тем, как и сколь часто они даются и предварительной работой с пациентом, необходимой для того, чтобы он был способен их услышать, использовать и получить поддержку.

Медикаментозное лечение может быть важным аспектом С. п. Изучение чувств пациента и его отношения к медикаментозному лечению может помочь в выполнении предписаний врача. Когда пациент осознает, что ему удалось разделить с кем-то свои проблемы, он чувствует себя в значительно большей безопасности. Невротические или психотические конфликты могут приводить к прекращению приема лекарств, что должно вовремя подвергаться тщательному исследованию в контексте поддержки.

С. п. является самой распространенной из всех используемых моделей психоаналитически-ориентированной психотерапии при шизофрении. Ее рассматривают, в частности, как стратегию выбора во всех случаях острой фазы процесса. В остром периоде заболевания основной проблемой больного является совладание с продуктивной психотической симптоматикой, поэтому прежде всего раскрываются и поощряются спонтанно находимые самим больным наиболее адаптивные его варианты. Однако главная стратегия совладания в остром периоде — активное и грамотное участие пациента в процессе медикации (Вид В. Д., 1993). С целью решения коммуникативных проблем используется следующая типовая последовательность приемов психотерапии:

- 1) соотнесение видения больным ситуации с реальной действительностью, коррекция искажений;
- 2) улучшение социальной перцепции, расширение видения и точности опознания важнейших параметров социального контекста;
- 3) формулирование проблем межличностных отношений, ранжирование их приоритетности;
- 4) идентификация дефекта общения, его психодраматическая демонстрация;
- 5) формулирование альтернативных вариантов поведения, способов решения проблем и выбор оптимального варианта на основе имеющихся коммуникативных ресурсов и предвосхищения возможных последствий;
- 6) планирование выполнения проблемно-решающего поведения, демонстрация моделей поведения, отработка их с больным;
- 7) итоги выполнения, эмоциональное подкрепление достигнутого успеха, анализ новой стратегии поведения и переход к воспроизведению его в реальной жизненной обстановке.

В более широком контексте целью С. п. является смягчение неблагоприятного эмоционального реагирования больных, повышение доверия к врачу, совершенствование социальной адаптации больных за счет улучшения когнитивной дифференцированности, социальной перцепции, коммуникативного и проблемно-решающего поведения (Karasu T. B., 1980; Schulz G., 1980; Wynne L. S., 1980). Важными элементами С. п. в этом плане являются совет, эмоциональная стимуляция, разъяснение, *убеждения*, действия в социальном окружении, ролевой *тренинг* и др.

См. также *Копинг-механизмы (механизмы совладания), Поддерживающая психотерапия.*

**СУПРУЖЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Особая форма психотерапии, которая ориентирована на супружескую пару, призвана помочь ей преодолеть семейные конфликты и кризисные ситуации, достигнуть гармонии во взаимоотношениях, обеспечить взаимное удовлетворение потребностей (Kratovich S., 1985), называется С. п.

Работа проводится либо с супружеской парой, либо с одним из партнеров, который пришел на прием к психотерапевту. При этом варианте С. п. с врачом обсуждаются не проблемы «другого» супруга, а лишь те мысли, чувства, переживания, которые есть у заявителя проблемы по поводу его (ее) супружества.

С. п. выступает в двух формах: как самостоятельный метод и как этап *семейной психотерапии*, В последнем случае супруги в процессе семейной психотерапии начинают осознавать, что неадаптивное поведение ребенка является следствием нарушений семейного контекста из-за некомпетентности их как родителей, которая обусловлена чувством неудовлетворенности супружескими отношениями. В такой ситуации семейный психотерапевт задает участникам психотерапии вопрос: «Как вы предпочитаете решать эту проблему — вместе или родители будут посещать одни занятия вдвоем, а на других вы будете присутствовать все?» В настоящее время в С. п. наиболее распространены динамический,

поведенческий и гуманистический подходы.

При динамическом подходе супружеская дисгармония рассматривается с точки зрения внутренней мотивации поведения обоих партнеров. Прослеживается динамика межличностных отношений и ее связь с динамикой психических процессов. Основной предпосылкой психотерапевтических перемен является *осознание* участниками психотерапии связи между детерминантами поведения индивидов — их мотивами, с одной стороны, и особенностями контекста отношений, который они выстраивают, реализуя свои мотивы, — с другой.

Целью поведенческого подхода в С. п. является прежде всего изменение поведения партнеров, при этом используются методы обусловливания и обучения, что обеспечивает:

- 1) управление взаимным положительным поведением супругов;
- 2) приобретение необходимых социальных знаний и навыков, особенно в области общения и совместного решения возникающих проблем;
- 3) выработку и реализацию супружеского соглашения о взаимном изменении своего поведения.

Поведенческое направление в С. п. в настоящее время наиболее распространено во всех странах мира. Самые популярные его формы — заключение супружеских контрактов, коммуникативные *тренинги*, в частности в форме *конструктивного спора*, приемы решения проблем и др.

В основе контракта лежит письменное соглашение, в котором супруги четко определяют свои требования в терминах поведения и взятые на себя обязательства. При формулировании требований рекомендуется использовать следующий подход: переход от общих жалоб к их конкретизации, далее от спецификации жалоб — к положительным предложениям, затем от положительных предложений — к договору с перечислением обязанностей каждого из супругов.

Методики, составляющие «Технику решения проблем» (Schindler L. et al., 1980) и «Руководство по решению проблем» (Кратохвил, 1991), являются простыми в использовании и достаточно эффективными при разрешении супружеских конфликтов. Авторы предлагают вести работу в несколько этапов: 1) Супруги заявляют проблему в конкретных терминах поведения (вместо «мне не хватает внимания» следует сказать, какое внимание вам необходимо, что должен делать супруг, чтобы у вас было ощущение, что он проявляет внимание, «сколько раз в день, в неделю он будет делать...»). 2) Партнеры рассказывают о том, какие чувства испытывает каждый, говоря о своей проблеме. 3) Психотерапевт предлагает супругам найти друг в друге что-то хорошее, за что их можно похвалить. Первое условие решения проблемы — оба партнера предлагают свои варианты, не критикуя их. Второе условие — из всех вариантов отбираются наиболее разумные, и они последовательно обсуждаются. Супруги определяют, «чего бы хотелось достигнуть в идеале» и «что могло бы удовлетворить в реальности». Третье условие — соглашение партнеров должно быть четким, конкретным и контролируемым. Психотерапевтам, руководствующимся «Техникой решения проблем», рекомендуется посвящать каждую сессию решению отдельной проблемы и стремиться, чтобы обсуждение ограничивалось 10-20 минутами.

В настоящее время многие специалисты используют в своей работе интегративный подход, сочетая чаще всего методы когнитивно-поведенческой и системной психотерапии.

В гуманистическом подходе к *психологической коррекции* супружеских отношений ведущими являются представления о том, что в основе гармоничного брака лежат открытость, *аутентичность*, толерантность, потребность в самовыражении, принадлежности другому и независимое развитие личности каждого. Сатир (Satir V., 1988) сравнивала гармоничный брак с вальсом — танцем, в котором каждый партнер, совершая движение, принадлежит другому, в то же время оставаясь самим собой. Гуманистический подход (Rogers C. R., 1972; O'Neil N., O'Neil G., 1973) развился в противовес как динамическому, который излишне ориентирован на влияние исторического прошлого супруга и его родительской семьи, так и поведенческому подходу, слишком манипулятивному. Были сформулированы принципы открытого брака, создающего наиболее благоприятные условия для личностного роста партнеров:

- 1) принцип реальности, «здесь и теперь»;
- 2) уважение к личной жизни партнера;
- 3) открытое общение — не «читать» мысли другого, а открыто говорить о своих чувствах и желаниях;

- 4) подвижность в исполнении семейных ролей — пробовать менять роли, независимо от того, какими традиционно они считаются — мужскими или женскими;
- 5) равноправие;
- 6) доверие;
- 7) аутентичность — знать себя, знать себе цену и ценить право другого жить согласно своим представлениям;
- 8) открытое партнерство — каждый имеет право на собственные интересы и увлечения.

В С. п. гуманистического направления психотерапевт создает условия, в которых супруги стремятся к *вербализации* своих чувств и тем самым к улучшению взаимопонимания.

## Т

**ТЕЛЕВИЗИОННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Традиционное применение суггестивных методов психотерапии с использованием телевизионной техники для распространения влияния психотерапевта на максимально большое число людей одновременно (на население города, области, целых регионов, всей страны).

Одной из причин возникновения Т. п. является стремление современных экстрасенсов (конца XX в.) применять телевизионную технику в качестве основного инструмента для непосредственного влияния на пациентов своей особой энергией прямо с телеэкрана или распространения экстрасенсорного воздействия и на неодушевленные предметы, например в форме «заряжения» (снабжения «лечебной энергией») воды, мазей, фотографий и многих других предметов, выставленных во время сеансов перед экраном телевизора. В последующем «заряженную» воду и другие предметы рекомендуется использовать в качестве аналогов лекарственных препаратов от разнообразных недугов, а многочисленные предметы после передачи в них космической энергии целесообразно зачислить, как утверждают экстрасенсы, в разряд излечивающих амулетов.

В былые времена позиции ортодоксальных психиатров не позволяли им рассматривать применение телевидения для реализации своих трюков экстрасенсами иначе как проявление в лучшем случае чудачества отдельных лиц. А состояние психического здоровья последних неизменно вызывало беспокойство у врачей-специалистов.

Но в последнее десятилетие наметилась тенденция к намеренному и целенаправленному использованию телевидения для формирования у огромной массы людей *убеждения* в том, что посредством телевизионной техники во время трансляции лечебно-оздоровительных сеансов народных целителей (экстрасенсов, магов различного толка, чудотворцев и приравненных к ним) запускаются в действие внутренние резервные механизмы организма (внутренняя «аптечка») у всех желающих освободиться от своих недугов. Именно эти механизмы избавляют пациентов даже от тяжелых, а порой и от неизлечимых заболеваний.

Необычайно широкую популярность в стране с 1988 г. приобрела Т. п., проводимая А. М. Кашпировским и А. В. Чумаком. Ее успех был подготовлен всеми сенсационными феноменами предшествующих лет, названными парапсихологическими и противопоставляемыми достижениям официальной науки и культуры. Медицинское применение их обещало быстрый, легкодостижимый успех в диагностике и лечении многих болезней. Т. п. по поддержке органами массовой информации, наглядности и доступности для населения могла считаться апофеозом некритичного поклонения целителям.

Идея использования средств связи для психотерапии, в том числе в анестезиологии, не нова. Они применялись по мере развития техники. Еще Г. Распутин по телефону *внушением* снимал царевичу Алексею боли от вызываемых гемофилией гематом. Радио-, магнитофонные и грамзаписи психотерапевтических сеансов использовались в медицине и ранее. Телевидение в этих целях одним из первых применил П. И. Буль в 60-е гг. Предшествовало этому способу заочной визуальной психотерапии гипнотизирование с помощью фотографии и письма, к чему обращался еще В. М. Бехтерев и др. Обезболивание в *гипнозе* имеет полуторавековую историю и неоднократно обсуждалось на международных конгрессах.

Рассматривая суггестивные телесеансы и случаи их отрицательного влияния на психику реципиентов, следует прежде всего учесть морально-этическую сторону происходящего. Возражение вызывает следующее: 1) проводимое телецелителями безудержное саморекламирование при прямом или косвенном опорочивании других методов лечения признается безусловно недопустимым международным кодексом медицинской этики; 2) обращение к массовому сознанию, к недифференцированным механизмам регулирования поведения (прямое внушение истерических расстройств ради зрелищности и усиления психологического прессинга), принижение рационального отношения к происходящему; 3) отрицание основополагающего принципа медицины — необходимости индивидуального подхода к больному и лечению; 4) закамуфлированное внушение выгодных целителю идеалистических представлений («промывание мозгов»), что подтверждается положением о том, что «видеозапись не имеет лечебного эффекта» и, следовательно, сама телепередача несет в себе нечто, не передаваемое материальным копированием, а также заявлениями о возможности исцеления отсутствующих во время сеанса больных родственников. Все это породило парapsихологические спекуляции, объясняющие эффект особыми телепатическими способностями и «подкачкой» больных энергией мирового пространства; 5) «панацейный» характер проводимой Т. п., легкомысленная «торговля надеждой»; 6) сознательное замалчивание неудач, отрицание своей вины в них с перекладыванием ответственности за это на других; 7) пренебрежение интересами пациентов при осложнениях, трудности их устранения.

Эти и некоторые другие особенности методики массового психологического воздействия на людей в медицине считаются нарушением основных этико-деонтологических норм. Именно несоблюдение медицинской морали делает телесеансы пагубными для психики отдельных пациентов. Привлеченные умело нагнетаемым ажиотажем, попав в ситуацию грубого эмоционально-стрессового воздействия истерической эпидемии, люди с склонностью к психическим аномалиям в ряде случаев вместо облегчения испытывали ухудшения самочувствия.

Т. п. не следует рассматривать только в рамках индивидуально-психологического воздействия, ее надо изучать как феномен социальной психологии. Это ответ на наши собственные подсознательные потребности в утешении, в той психотерапии, к которой обращается масса людей, не состоящих на учете в психоневрологических учреждениях, но в то же время испытывающих психологический дискомфорт и потому подсознательно ищущих, кто у нас эту функцию выполняет.

В классическом обществе западного типа эту функцию осуществляла церковь. Чрезмерная технизация медицины требует, чтобы каждый врач в какой-то степени владел методами психотерапии, мог понять состояние больного и умел помочь ему преодолеть недостаток взаимопонимания и кризис веры.

Период социального кризиса, когда старые рациональные кумиры и ценности уже подверглись эрозии, но еще не ясно, что их заменит, обуславливает резкое усиление у абсолютного большинства людей чисто эмоциональной тяги к преодолению психологического дискомфорта.

Когда-то мы говорили, что у нас не может быть «психического заражения», не может быть «феномена толпы», внушения. Сейчас мы сталкиваемся с явлениями массового психического заражения и внушения. Это актуализирует проблемы изучения реального состояния сознания, как индивидуального, так и общественного. И здесь, вероятно, скажется существование неизжитых стереотипов массового авторитарного сознания. Когда существует стремление к патернализму, неизбежно рождается желание перенести свои ожидания на того, кто мог бы нас утешить, избавить от одиночества, беспомощности перед непонятными сторонами жизни. Тогда и появляется «феномен ожидания чуда»: откуда-то должна быть помощь. А поскольку эта потребность не удовлетворена, возникают явления мифологического авторитарного плана.

Т. п. можно рассматривать в качестве одного из возможных вариантов так называемой *альтернативной психотерапии*.

**ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Неоднозначно понимаемое направление психотерапии, целью которого является изменение психического функционирования человека с помощью ориентированных на тело методических приемов.

Отсутствие стройной теории, четкого понимания особенностей воздействия и принципов применения телесно-ориентированных техник приводит к необоснованному расширению границ Т.-о.



п.

В настоящее время описаны, по меньшей мере, 15 различных подходов, определяемых как «работа с телом». Некоторые из них являются чисто психотерапевтическими по своей сущности, а другие более точно определены как методы терапии, главной целью которых является телесное здоровье. Широко распространена практика комбинированных методов, таких как рольфинг, *биоэнергетика* и *гештальт-терапия*; методов Александера (Alexander F. M.), метода Фельденкрайза (Feldenkrais M.) и гештальт-терапии (метод Рубенфельд — Rubenfeld I.); *гипноза*, прикладной кинезиологии; *первичной терапии Янова*, терапии Райха (Reich W.) и гештальт-терапии.

Наиболее известными видами Т.-о. п. являются *характерологический анализ Райха*, *биоэнергетический анализ Лоуэна*, концепция телесного осознания Фельденкрайза, метод интеграции движений Александера, метод чувственного сознания Селвер (Selver C.) и Брукс (Brooks C. V. W.), *структурная интеграция Рольф* и др.

Менее известны в нашей стране техники биосинтеза (Boadella D., 1987), бондинга (Rynick G. M., 1994), метода Розен (Rosen M., Wooten S., 1993), техника «танатотерапии» Баскакова (Баскаков В., 1996).

Т.-о. п. возникла на основе практического опыта и многолетних наблюдений взаимосвязи духовного и телесного в функционировании организма. Она в большей степени, чем другие направления психотерапии, придерживается холистического подхода, необходимость в развитии которого постоянно возрастает. Преодоление дуализма тела и разума и возвращение к целостной личности ведет к глубоким изменениям понимания поведения человека.

Существующие в настоящее время методы Т.-о. п. отвечают всем требованиям целостного подхода: для них человек — единое функционирующее целое, сплав тела и психики, в котором изменения в одной области сопровождаются изменениями в другой. Их объединяет стремление вернуть человеку ощущение целостности, научить его не только осознанию вытесненной информации, но и переживанию в настоящий момент единства тела и психики, целостности всего организма. Все методы Т.-о. п. направлены, в той или иной степени, на обеспечение условий, в которых пациент сможет пережить свой опыт как взаимосвязь психического и телесного, принять себя в этом качестве, тем самым получив возможность для улучшения своего функционирования (Сергеева Л. С., 2000).

Одним из наиболее известных методов Т.-о. п. является анализ характера и практика вегетотерапии Райха. Райх был первым аналитиком, интерпретировавшим природу и функции характера в работе с пациентами. Он подчеркивал важность обращения внимания на физические аспекты характера индивидуума, в особенности на хронические мускульные зажимы, названные им «мышечным панцирем». Райх разработал теорию «мышечного панциря», связав постоянные мышечные напряжения в теле человека с его характером и типом защиты от болезненного эмоционального опыта. По его мнению, хронические мышечные зажимы блокируют три основных эмоциональных состояния: тревожность, гнев и сексуальное возбуждение. «Мышечный панцирь» не дает человеку возможности переживать сильные эмоции, ограничивая и искажая выражение чувств. Райх писал: «Мышечная судорога представляет собой телесную сторону процесса вытеснения и основу его длительного сохранения» (Reich W., 1997). В основе теории Райха лежит понятие о том, что защитным механизмам, которые затрудняют нормальное функционирование человеческой психики, можно противодействовать, оказывая прямое влияние на тело. Он выделял свои аналитические *интерпретации*, названные им «анализом характера», от непосредственного воздействия на защитную мускулатуру, которое называл «вегетотерапией» и «анализом характера в области биофизического функционирования». Основное препятствие для личностного роста Райх видел в защитном мускульном панцире, который мешает человеку жить полноценной жизнью в гармонии с окружающими людьми и природой. Он выделял семь сегментов «мышечного панциря», охватывающего тело:

- 1) область глаз,
- 2) рот и челюсть,
- 3) шея,
- 4) грудь,
- 5) диафрагма,
- 6) живот,

7) таз.

Райх обнаружил, что расслабление «мышечного панциря» освобождает значительную либидинозную энергию и помогает процессу *психоанализа*. Райх разработал специальную терапевтическую методику, позволяющую снижать хроническое напряжение определенных групп мышц и, таким образом, вызывать высвобождение эмоций, которые этим напряжением сдерживались. Он анализировал в деталях позу пациента и его физические привычки, чтобы дать пациентам возможность осознать, как они подавляют жизненные чувства в различных частях тела. Райх просил пациентов усиливать определенный зажим, чтобы лучше осознать его и выявить эмоцию, которая связана в этой части тела. Он заметил, что только после того, как подавляемая эмоция принимается пациентом и находит свое выражение, последний может полностью отказаться от своего зажима. Постепенно Райх начал прямо работать с зажатыми мышцами, разминая их руками, чтобы способствовать высвобождению связанных в них эмоций. Если проследить динамику развития представлений Райха, то можно заметить, как они развивались от аналитической работы, опирающейся исключительно на словесный язык, к исследованию психологических и соматических аспектов характера и «мышечного панциря», а затем исключительно к акценту на работе с мышечным защитным панцирем, направленной на обеспечение свободного протекания биологической энергии в организме.

Нельзя не признать, что многие работы Райха противоречивы, особенно те, в которых ставится знак равенства между психическим здоровьем и способностью переживать оргазм. Но его ранние труды по анализу человеческого характера содержат глубокие психологические прозрения, и многие психологи руководствуются ими с немалой для себя пользой. Несмотря на отдельные спорные моменты, касающиеся его оргонной теории, многие направления Т.-о. п. и в настоящее время берут за основу разработанные им понятия и техники, в их числе можно назвать биоэнергетику Лоуэна (Lowen A.) и биосинтез Боаделлы. К ним близок сохранивший связь с психоанализом метод Розен.

Биоэнергетика Лоуэна центрирована на роли тела в анализе характера, включает методику дыхания Райха, многие из его техник эмоционального раскрепощения. Сохраняя приближенную к современному психоанализу методику, психологическая работа в биоэнергетике использует прикосновение и давление на напряженные мышцы на фоне глубокого дыхания в специальных позициях, способствуя расширению осознания тела, развитию спонтанной экспрессии, помогая психофизической интеграции организма. Вместе с тем биоэнергетическая терапия по Лоуэну значительно отличается от терапии Райха. Например, Лоуэн не стремится к последовательному — от головы до пят — расслаблению блоков мышечного панциря. Он, более других преуспевший в преодолении свойственного психоанализу неприятия прямых физических контактов с пациентом, гораздо реже прибегает к мануальному воздействию на тело. Кроме того, Лоуэн не разделяет взгляды Райха на сексуальную природу неврозов, и потому его работа встречает большее понимание среди современников. По Лоуэну, причиной неврозов, депрессии и психосоматических расстройств является подавление чувств, которое сопровождается хроническими мышечными напряжениями, блокирующими свободное течение энергии в организме человека и приводящее к изменению функционирования личности. Лоуэн утверждает, что игнорирование и непонимание собственных чувств приводит к заболеваниям и что ощущения, которые испытывает человек от собственного тела, служат ключом к пониманию своего эмоционального состояния. Через раскрепощение тела человек обретает свободу от мышечного напряжения, сопровождающегося свободной циркуляцией жизненной энергии, что, по мнению Лоуэна, ведет к глубинным личностным изменениям пациентов. Зрелая личность в состоянии в равной степени как контролировать выражение своих чувств, так и отключать *самоконтроль*, отдаваясь потоку спонтанности. Она имеет доступ в равной степени как к неприятным чувствам страха, боли, злости или отчаяния, так и к приносящим удовольствие сексуальным переживаниям, радости, любви. Лоуэн считает, что отношение человека к жизни и его поведение отражается в телосложении, позах, жестах, что между физическими параметрами человека и складом его характера и личности имеется тесная связь. Он выделил пять типов человеческого характера, основываясь на его психических и физических проявлениях: «шизоидный», «оральный», «психопатический», «мазохистический» и «ригидный» типы. Помимо этого в биоэнергетической терапии разработан ряд понятий, к числу которых относятся «энергия», «мышечная броня», «заземление». При этом последнее является важной категорией биоэнергетической терапии, создание которого считается принципиальным вкладом Лоуэна

в развитие теорий Райха. Основными приемами биоэнергетики выступают различные манипуляции с мышечными фасциями, дыхательная гимнастика, техники эмоционального раскрепощения, напряженные позы для энергетизации заблокированных частей тела («арка Лоуэна», «тазовая арка»), активные двигательные упражнения, вербальные способы высвобождения эмоций, различные варианты физического контакта членов терапевтической группы и др. Такие контакты помогают оказать поддержку членам группы. В процессе *тренинга* применяются упражнения, способствующие выражению негативных эмоций по отношению к другим участникам групповых занятий. Проявление негативных чувств, таких как гнев, страх, грусть, ненависть, почти всегда предшествует выражению положительных эмоций. По мнению сторонников биоэнергетики, негативные чувства скрывают глубокую потребность в положительных чувствах и удовольствии. На протяжении всего цикла занятий постоянно принимаются попытки соотнести телесное состояние с обсуждаемыми психологическими проблемами пациента.

Совершенно иными подходами в Т.-о. п., направленными на эффективное использование тела в процессе жизнедеятельности, подчеркивающими функциональное единство тела и психики, являются методы Александра и Фельденкрайза.

На метод Александра часто смотрят как на технику коррекции осанки и привычных поз, но это только небольшая часть того, что он представляет на самом деле. В действительности это системный подход, направленный на более глубокое осознание самого себя, метод, стремящийся вернуть организму утраченное психофизическое единство. По Александру, вся деятельность человека зависит от его способности управлять телом. Имеется много альтернативных возможностей для этого, но в каждой ситуации есть лишь один путь, обеспечивающий наилучший способ функционирования и способствующий более быстрому достижению результата. Александр считал, что способ функционирования организма, приводящий к болезням, вызывается неправильным (неэффективным) использованием мышц тела, которое осуществляется посредством преодоления мышечного напряжения. Он предлагал вместо привычных способов выполнения движений создавать новые, которые помогут улучшить использование собственного тела, тем самым способствуя оздоровлению организма. По убеждению Александра, люди, страдающие неврозом, всегда «зажаты», для них характерно неравномерно распределенное напряжение мышц (дистония) и плохая осанка. Он утверждал, что неврозы «...вызываются не мыслями, а дистоническими реакциями тела на мысли...», что психотерапия без учета мышечных реакций не может привести к успеху и необходимо уделять внимание не столько исследованию причин душевных травм, сколько созданию новой системы управления мышцами. Метод Александра основан на двух фундаментальных принципах — принципе торможения и принципе директивы. Торможение — это ограничение непосредственной реакции на событие. Александр считал, что для реализации искомых изменений сначала нужно затормозить (или остановить) свою привычную инстинктивную реакцию на конкретный раздражитель, и только потом, применив директиву, найти более эффективный способ действия в данной ситуации. Он предлагал использовать следующие директивы: расслабить шею настолько, чтобы голова сместилась вперед и вверх для того, чтобы тело смогло вытянуться и расшириться. Большое значение Александр уделял взаимоотношениям между головой и шеей. «Первичный контроль» — описывающий взаимосвязь головы, шеи и тела — главный рефлекс, контролирующий все другие рефлексy, включая координацию и сбалансированное управление телом. Он считал, что вследствие зажима шейных мышц и отклонения головы назад страдает не только естественная координация движений человека, но и нарушается механизм возврата к нормальному состоянию равновесия после движения. В процессе обучения методу Александра человек должен уяснить, при каких обстоятельствах у него возникает неадекватная напряженность мышц, научиться сознательно тормозить любую рефлекторную попытку произвести соответствующее команде движение, при помощи осознанного мышления снять напряжение мышц.

В отличие от Александра, Фельденкрайз больше внимания уделял осознанию, считая, что только «осознание делает действие соответствующим намерению». Фельденкрайз внес существенный вклад в разработку теории образа действия и создал свой метод, посвященный проблеме целостного подхода к функционированию организма. Он утверждал, что нарушение функций связано не только с наличием неправильных установок, но и с тем, что человек, как правило, производит неправильные действия в процессе выполнения задуманного. По мнению Фельденкрайза, в процессе деятельности

совершается много лишних, случайных движений, которые препятствуют «целевому действию»; в результате выполняется некоторое действие и противоположное ему в одно и то же время. Это происходит в связи с тем, что человек осознает лишь свои мотивы и результат действия, а сам процесс последнего остается неосознанным. Фельденкрайз считал мышечное движение важнейшей составной частью действий человека и пытался изменить поведение, обучая новому способу управления телом. В своих работах он использовал понятия образа себя и образа действия. Согласно Фельденкрайзу, чтобы изменить поведение человека, необходимо изменить образ себя, который нам присущ, а это требует изменения динамики реакций, природы мотивации и мобилизации всех частей тела, которые затронуты данным действием. Цель разработанных Фельденкрайзом упражнений состоит в том, чтобы создать способность двигаться с минимумом усилий и максимумом эффективности благодаря осознанию своих действий. Концентрируя внимание на мышцах, участвующих в произвольных движениях, можно распознать те мышечные усилия, которые излишни и, как правило, не осознаются. При этом появляется возможность избавиться от действий, которые противоречат изначальной цели субъекта. Для реализации своих идей Фельденкрайз разработал упражнения, направленные на взаимодействие различных частей тела, на дифференцирование ощущений, на преодоление стандартных паттернов движения. Он предлагал изменить поведение человека, обучая его более точному управлению движениями посредством совершенствования чувствительности.

Отдельными видами Т.-о. п., не укладывающимися в границы опыта классической терапии Райха, являются бондинг, метод чувственного сознания, метод структурной интеграции.

Понятие чувственного опыта, его дифференцированное восприятие и переживание являются основным в методе чувственного сознания. Чувственное сознание — это процесс осознания телесных ощущений, обучение дифференцированному восприятию ощущений тела, эмоций, образов и установлению взаимосвязи между ними. Человек с детства приучен преуменьшать значение собственного опыта и «учится на опыте других», т. е. подменяет свой опыт конструкциями, которые удовлетворяют окружающих. При этом ощущения собственного тела игнорируются. Занятия по методу чувственного сознания помогают преодолеть этот барьер, обучают более полному телесно-инстинктивному функционированию. В процессе занятий наступает понимание того, что восприятие относительно, а наше мышление часто обусловлено субъективной информацией, получаемой от окружающих, а не реальной действительностью. Одно из главных положений метода заключается в том, что ориентировка на ощущения, получаемые в опыте, делает наше мышление более объективным, а поведение в большей степени соответствующим нашим намерениям. Другим существенным аспектом метода чувственного сознания является изучение процесса коммуникации и значения прикосновений во взаимодействии между участниками группы. Степень близости и дистанцированности, желание взаимопомощи и ответственность, чувство окружения и степень восприятия и чувствования окружением субъекта — вот те стороны процесса, которые осознаются участниками группы на телесном уровне гораздо легче и быстрее.

Гиндлер (Gindler T.), Селвер, Штольц (Stolze H.) — вот далеко не полный перечень специалистов, стоявших у истоков развития этого метода.

В 20-е гг. нашего столетия Гиндлер разработала новый подход в телесной терапии, в основе которого лежит стремление воздействовать на саморегуляцию организма.

Селвер была одной из немногих последователей, распространивших идеи Гиндлер в США. С 1938 г. она активно разрабатывала метод, названный ею методом чувственного сознания (sensory awareness). Впоследствии ее работой заинтересовался ряд психоаналитиков, и некоторые из них — *Фромм* (Fromm E.) и *Перлс* (Perls F.) — стали ее учениками.

Работа Селвер и Брукс оказала большое влияние на Гунтера (Gunther B., 1974), создавшего технику, названную им «чувственным пробуждением» (sensory awakening), которая во многом перекликается с работой его учителей.

Упражнения этой техники помогают почувствовать свое тело и соприкоснуться со своими чувствами, научиться прикасаться к другим и принимать прикосновения.

Следующим методом Т.-о. п., стоящим в стороне от рассмотренных, является метод структурной интеграции, или рольфинг, названный так по имени ее создателя, Рольф. Он представляет собой комплексный подход, направленный на осознание тела, включающий работу над структурой тела,

походкой, манерой сидеть, стилем общения. По мнению Рольф, нарушение функций человеческого организма связано не только с психическими, но и физическими факторами. Она считает, что нормально функционирующее тело человека в вертикальном положении остается прямым при минимальном расходе энергии, но под влиянием стресса оно изменяется, приспосабливаясь к воздействию последнего. В результате взаимосвязи структур всего тела напряжение в одной области оказывает компенсаторное воздействие на другие части тела. И в конечном итоге дезинтеграция костно-мышечной системы приводит к потере уравновешенного распределения веса тела и изменению его структуры, вызывает нарушение нормального функционирования организма. Метод структурной интеграции включает в себя прямые манипуляции с телом, позволяющие изменить состояние мышечных фасций, восстановить равновесие и гибкость тела. Работа с фасциями приводит к тому, что мягкие ткани суставов занимают естественное положение, суставы приобретают нормальную подвижность, а мышцы начинают сокращаться более согласованно. Основной составляющей метода является глубокий массаж с помощью пальцев, суставов пальцев и локтей, направленный на систематическое расслабление фасций в течение 10 сессий. Поскольку процедура рольфинга связана с болью и возможностью структурных повреждений тела, ее должны проводить только опытные специалисты. Рольф считает, что когда фасции расслабляются, высвобождаются ранее пережитые воспоминания. В ходе сеанса пациент может заново пережить травматическую ситуацию прошлого. Вместе с тем целью занятий является преимущественно физическая интеграция, эмоционально-поведенческие аспекты процесса не становятся предметом специального анализа.

Достигнутый эффект особенно устойчив, если индивидум сохраняет сознание изменений, обеспеченных рольфингом, в структуре и функционировании тела. Для этой цели служит система «обеспечения структурных паттернов», включающая упражнения с позой и равновесием тела.

Многие специалисты отмечают, что рольфинг, достигая положительных сдвигов в физическом состоянии, позволяет в дальнейшем сделать более эффективными психологические методы воздействия.

**ТЕЛЕФОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ.** Телефонная помощь для людей в кризисном состоянии. Возникла более 40 лет назад. Местом ее рождения стал Лондон, а зачинателем и впоследствии руководителем одного из международных движений телефонной помощи стал англиканский священник Чад Вара (Varach Ch., 1977). Когда в 1953 г. он узнал, что в Лондоне происходит по три самоубийства в день, то для помощи людям в кризисном состоянии стал рекламировать телефон своего церковного прихода в центре Лондона, чтобы люди могли звонить по нему в любое время суток. Первый телефон кризисной помощи при церкви стал пользоваться широкой популярностью, для работы на телефоне Чад Вара стал приглашать других людей. Так появились «Самаритяне» — служба, стремившаяся оказывать дружескую помощь по телефону и в очном контакте.

Идея Чада Вары оказалась столь привлекательной, что в ближайшие 7 лет службы телефонной помощи возникли в большинстве европейских столиц или крупных городах. Сеть служб телефонной помощи постоянно множилась и развивалась, и для взаимной поддержки в Женеве в 1959 г. был создан международный центр информации для этих организаций, а в 1960 г. — проведена первая встреча работников неотложной помощи со штаб-квартирой в Женеве. В это же время в странах Азии и Австралии телефонные службы, называвшиеся «Линиями жизни», объединились в «Лайф Лайн Интернешнл» (Международные линии жизни). Была образована Международная федерация служб телефонной экстренной помощи (IFOTES), которая более 30 лет координирует и поддерживает работу служб неотложной телефонной помощи в более 20 странах мира. Вскоре «Самаритяне» стали распространять свой опыт за пределы Англии и превратились в самостоятельную интернациональную организацию «Бифрендерс Интернешнл» (BI, Международная дружеская помощь).

Российская ассоциация «Телефоны экстренной психологической помощи» (РАТЭПП—президент Е. С. Креславский) учреждена 7 июня 1991 г. Службы — члены РАТЭПП ежегодно принимают 2 млн обращений людей, нуждающихся в помощи и переживающих боль и отчаянье. В 1994 г. РАТЭПП принята действительным членом IFOTES, а в 1995 г. — действительным членом IASP (Международная ассоциация предупреждения суицидов).

Основными принципами работы телефонного консультанта являются анонимность и конфиденциальность (Креславский Е. С., 1986). В случае обращения в службу Т. к. от абонента не

требуется называть себя или сообщать о месте своего нахождения. Это дает ему возможность почувствовать себя свободным в изложении личных проблем и сложных ситуаций, которые в силу анонимности оказываются как бы отделенными от него. У некоторых абонентов это отношение формируется постепенно в ходе диалога. Иные же используют анонимность, обсуждая ситуации, которые якобы случились с их близкими и знакомыми, но на самом деле имеющих отношение непосредственно к ним.

В свою очередь, телефонные консультанты не должны предоставлять абоненту информацию, которая поможет найти их вне стен службы. Для облегчения работы сотрудник, как правило, выбирает себе псевдоним. В обоюдных интересах не следует предоставлять данных относительно расположения службы или места своего жительства. Не нужно снабжать их сведениями о времени работы другого сотрудника Т. к., что может повлечь за собой «зависание» абонента на конкретном консультанте. Принимая во внимание неблагоприятные психологические последствия, эта рекомендация должна быть отнесена к числу обязательных. Консультантам категорически воспрещается выходить с позвонившими на очный контакт или строить беседу так, чтобы у абонента возникла надежда на вероятность такой встречи. Это обстоятельство взято на вооружение подавляющим большинством служб Т. к. зарубежных стран. И службы, входящие в IFOTES, и относящиеся к «Life Lain International», следуют этому принципу в своей работе, не создавая условий для встречи желающим очного консультирования. И только «Самаритяне», причем это является одним из основных принципов их работы, практикуют очные контакты своих работников с абонентами, да и то с согласия руководителей служб. Время доказало его допустимость, эффективность и жизнеспособность. Но это же можно сказать о подходе, который разделяет анонимное Т. к. и очную помощь.

Помещение службы Т. к. должно быть открыто только для дежурных сотрудников. О его расположении не следует сообщать не только абонентам, но и родственникам и друзьям других сотрудников. Во время дежурства в комнате консультантов должны находиться только дежурные работники. Последняя рекомендация также носит принципиальный характер. Конфиденциальность работы службы заключается в том, что все без исключения телефонные разговоры, журналы или иные формы регистрации телефонных бесед, картотеки и информационные материалы являются доступными только для сотрудников службы. Этой информацией не следует делиться ни с кем вне ее стен, включая родственников, друзей или знакомых. Обсуждение телефонного разговора возможно только между дежурными сотрудниками или супервизором при возникновении необходимости в оказании взаимопомощи, а также во время обучающих занятий, используя лишь фабулу соответствующей беседы. Следует воздерживаться не только от предоставления информации, помогающей абоненту позвонить другому сотруднику службы, но и от сообщений о графике своей собственной работы. Из этого правила могут быть лишь очень редкие исключения, согласованные с супервизором или руководителем службы.

Анонимность и конфиденциальность являются не только организационными, но и основными этическими правилами телефонной помощи. И если в разных странах организационные подходы в оказании телефонной помощи могут различаться, то этические правила остаются весьма сходными, так же как и привлечение к работе в службе Т. к. добровольцев (волонтеров).

В современном мире, являющемся источником стрессов и эмоциональной напряженности, вызывающими кризисные состояния и суицидальные тенденции, службы Т. к. являются одной из важных форм психологической поддержки.

Принципы анонимного Т. к.:

1. Постоянная доступность: днем и ночью, 24 часа в сутки люди, оказавшиеся в трудной ситуации, могут получить поддержку другого человека.

2. Анонимность и конфиденциальность: звонящий имеет право не называть свое имя. Содержание беседы абсолютно конфиденциально.

3. Уважение звонящего: звонящий принимается таким, какой он есть. Консультант не имеет права манипулировать звонящим или навязывать свою позицию; любые формы идеологического давления недопустимы, в том числе религиозного или политического.

4. Защита звонящего: консультантом может быть человек, прошедший отбор и специальную подготовку; консультант обязан постоянно совершенствовать свои умения.

В настоящее время в России службы Т. к. созданы практически во всех крупных городах. Наряду

с классическими «волонтерскими» телефонами кризисной помощи в структуре специализированных кризисных служб, наряду с ее другими подразделениями (*кабинетом социально-психологической помощи* и кризисным стационаром) созданы профессиональные телефоны кризисной помощи (см. также *Кризисная психотерапия*).

Телефонными консультантами «телефонов доверия» кризисных служб работают профессионалы (клинические психологи и врачи-психотерапевты, прошедшие специальную подготовку по кризисной помощи и т. к.).

**ТЕЛЕФОННЫЙ ГИПНОЗ.** Является одной из разновидностей *гипнотерапии* с помощью средств связи (телефона, радио, телевидения и т. п.). О возможности гипнотизации на расстоянии писали В. М. Бехтерев, К. И. Платонов, А. Н. Слободяник. Т. г. может использоваться, когда пациент достаточно гипнабелен и предыдущее применение гипнотерапии было эффективным, а непосредственный контакт с больным затруднен. Известно, что еще Г. Распутин по телефону *внушением* снимал царевичу Алексею боли от вызываемых гемофилией гематом. Т. г. использовался при лечении в барокамере больных бронхиальной астмой (Буль П. И. и др., 1964). Радиотелефоны, установленные в кабинете гипнотерапии, позволяли во время коллективных сеансов передавать каждому больному индивидуальные формулы внушения. Т. г. применялся также для устранения осложнений гипнотизации. Так, П. И. Буль после демонстрации возможностей *гипноза* по телевидению (см. *Телевизионная психотерапия*) вынужден был у ряда лиц уже по телефону снимать последствия, возникшие при выполнении теста сцепленных пальцев рук.

**ТЕОРИЯ ПОЛЯ ЛЕВИНА.** Левин (Lewin K., 1890-1947), германо-американский психолог, известен своими исследованиями в области потребностей, воли, аффектов, демократического управления в группах.

Левин исходил из положения, что основой человеческой активности в любых ее формах являются потребности (квазипотребности). Образующиеся в актуальной ситуации в связи с принятыми намерениями, целями, они и направляют активность человека. Потребность создает в личности систему напряжения, стремящуюся к разрядке, в которой и заключается, по Левину, удовлетворение потребности. Разрядка потребности осуществляется в определенной ситуации, называемой Левином психологическим полем. Каждая вещь в психологическом поле характеризуется не по своим физическим свойствам, а по отношению к потребности субъекта, которая и обуславливает то, что один предмет обладает побудительной силой, притягивает к себе, имеет положительную валентность, а другой не обладает такой побудительной силой и имеет отрицательную валентность. Таким образом, предметы поля представляют собой положительно и отрицательно заряженные валентности по отношению к потребности. Избыток положительных валентностей «поля признаков» может привести к описанному Левином «феномену пресыщения». В ситуации, когда невозможно прекратить действие, вызвавшее пресыщение, легко возникает негативная эмоция, агрессия.

В связи с проблемой потребностей Левин изучал целеобразование и целенаправленное поведение, ввел в психологию комплекс важнейших понятий, характеризующих поведение и связанных с достижением целей: целевая структура и целевые уровни индивида, в том числе реальные и идеальные цели, уровень притязаний, поиск успеха и стремление избежать неудачи, послуживших фундаментом для изучения невротических конфликтов.

Работы Левина оказали большое влияние и на развитие психотерапии. Его исследования в области *групповой динамики* способствовали развитию *групповой психотерапии*, а также положили начало движению Т-групп (*групп тренинга*).

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СООБЩЕСТВА НАРКОЗАВИСИМЫХ.** Как самостоятельные организации, программы и деятельность которых позволяют существенно дополнить профессиональную помощь зависимым от психоактивных веществ, стали возникать в 50-60-е гг. XX в. Наиболее известные терапевтические сообщества (Daytop, Sinanon, Narconon, Monar, «Оптимист»), использующие разные терапевтические модели, основаны на принципе добровольного соблюдения участниками программы строгого режима и безусловного принятия всех правил распорядка и норм поведения, принятых в терапевтических сообществах. Основные нормы поведения в них похожи и, как правило, включают следующие принципы: полный отказ от употребления психоактивных веществ (наркотических средств, алкоголя, а иногда и от курения табака), отсутствие физического насилия,

запрещение сексуальных контактов во время пребывания в лечебных центрах. Терапевтические сообщества — модель социального обучения позитивному (здоровому) образу жизни. Обычно на первых этапах новые члены терапевтического сообщества заняты только самообслуживанием, самоподготовкой и участием в групповых занятиях, индивидуальных консультациях, предусмотренных в программе. В последующем члены терапевтического сообщества участвуют в органах самоуправления и посильной трудовой (учебной) деятельности, приобретают новые профессии, которые позволяют после окончания лечения и социально-психологической реабилитации успешнее полноправно адаптироваться в обществе. Длительность пребывания в терапевтическом сообществе варьирует от нескольких месяцев до 1,5-2 лет.

Финансирование терапевтических сообществ в разных странах имеет свою специфику: из бюджета здравоохранения — «Монар» (Польша), «Феникс-Хауз» (Норвегия); из муниципальных источников и общественных фондов — «Киско» (Финляндия); самофинансирование — Daytop (США, Германия), Sinanon (США, Германия), Almedro (Германия).

Т. с. н. можно разделить на основные типы:

- 1) профессиональные терапевтические сообщества — имеют в своем штате психиатров, психологов, психотерапевтов и социальных работников;
- 2) полупрофессиональные терапевтические сообщества — сочетают жизненный опыт бывших наркоманов и консультантов-профессионалов;
- 3) религиозные терапевтические сообщества — возглавляются и управляются бывшими наркоманами и церковными деятелями (обычно в них принимаются лишь лица, принадлежащие к определенной конфессии);
- 4) традиционные непрофессиональные терапевтические сообщества — как правило, организуются лицами, имевшими проблемы с наркотиками, арсенал их лечебных методов эклектичен, обнаруживается несоответствие концепций, целей и способов достижения результатов.

Большинство терапевтических сообществ являются некоммерческими организациями, медицинский и финансовый контроль со стороны государства в них, как правило, затруднен. Исключение составляют лишь профессиональные терапевтические сообщества, которые имеют медицинскую лицензию, сертифицированных специалистов, юридическое оформление решений и процедур, касающихся клиентов, делопроизводство и отчетность по установленной законодательством форме, контроль качества и эффективности лечения.

Координирующую деятельность терапевтических сообществ наркологических больных осуществляет WFTC (Всемирная федерация терапевтических сообществ).

**ТЕРАПИЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ ПО БАНДУРЕ.** В основе данного подхода лежат принципы модификации поведения, разработанные Бандурой (Bandura A., 1969) и Кендаллом (Kendall P. C., 1981).

Бандура разрабатывал проблемы *социального научения*, модификации поведения, агрессии и самоэффективности. Наиболее известные его работы — «Социальное научение и развитие личности» (издана совместно с Уолтером (Walter R.)), «Принципы модификации поведения», «Агрессия: анализ с позиций социального научения» и «Теория социального научения» (опубликована в 1977 г.).

Основное положение концепции социального научения Бандуры заключается в обучении и усвоении различных форм поведения через наблюдение. Разработке концепции способствовали работы Мида (Mead G. H.) по имитации голоса и жестов; анализ процесса имитации и подражания Миллера (Miller N. E.) и Долларда (Dollard J. A.), а также исследования Моурера (Mowrer O. H.) по знаковому обучению и обучению через вознаграждение. Традиционные взгляды на социальное поведение сводились в основном к тому, что личностные изменения и изменения в окружающей среде происходят независимо от результатов поведения. В работах же Бандуры было показано, что существуют реципрокные отношения между поведением, личностными изменениями и изменениями в социальном окружении. Бандура утверждал, что человек не просто движим внутренними силами, но и сам закладывает, определяет условия для изменений в своей среде; он не только подвержен влияниям, но и сам способен оказывать влияние. Он считал, что обучение человека различным формам поведения в огромной степени включает моделирование, наблюдение и имитацию. Бандура обосновал положение о том, что любая деятельность, в том числе и поведение человека, опосредуется символической репрезентацией событий окружающей среды. Без символизации трудно объяснить высокую степень



гибкости человеческого поведения. Поведенческие изменения активно опосредованы через когнитивные компоненты, *осознание*. Человек способен регулировать свое поведение благодаря наблюдению и осознанию собственного поведения. Регулятором поведения является также критика.

Разработанный Бандурой подход имел в высшей степени важное значение для развития новых форм *психотерапевтического вмешательства*. Новым для психотерапевтов явился поиск интегративных приемов работы путем сочетания механизмов оперантного и *классического обусловливания* с подчеркиванием важности когнитивных механизмов в регуляции поведения.

Бандура и его последователи существенную роль в обучении или открытии нового адаптивного поведения придавали моделированию. Через моделирование и подкрепляемое участие пациенты овладевают новыми навыками и умением справляться со своими страхами, на которых они сосредоточены. В классических сериях обучения Бандура демонстрирует, например, как через наблюдение за моделями поведения в реальной жизни или отраженными в фильме можно вовлечь пациента в процесс взаимодействия или общения с объектами и ситуациями, которые прежде вызывали страх. Если последствия моделируемого поведения награждаются, то «ученик» может заменить неадаптивное поведение. Так, психотерапевт, с помощью *психодрамы* побуждая пациента вести себя более уверенно или сам показывая приемы уверенного поведения, помогает ему перенести этот опыт в реальную среду. Если с первого раза пациент не приобретает такой опыт, то психотерапевт предлагает ему несколько раз «проиграть» трудную для него ситуацию, пока не будет достигнут уверенный результат. Опытный партнер уже является для пациента хорошей моделью, объектом для подражания или идентификации. Даже прием «двойника» классической психодрамы может рассматриваться как моделирование «изнутри». В Т. м. п. Б. могут быть использованы такие технические приемы, как рассказ пациента о психотравматичном опыте с одновременным включением *тренинга* самоинструкции, запись альтернативного решения проблемы на психотерапевтической занятии, обмен ролями с психотерапевтом и др. Важна *обратная связь* после перенесения опыта, полученного на психотерапевтической занятии, в реальную микросреду.

В последующем Бандура разрабатывал положение о том, что как психотерапевтическая реакция, так и реакция избегания в процессе наблюдения за моделями поведения осуществляются через усиление чувства самоэффективности. Индивид развивает повышенную перцепцию способности справляться со специфическими ситуациями. Это, в свою очередь, уменьшает болезненные ожидания, способствующие развитию тревоги и страха, ведущих к защитному невротическому поведению.

**ТЕРАПИЯ, ПОСТРОЕННАЯ НА МЕТАФОРАХ.** Эмпирический подход в психотерапии и прикладной психологии (психокоррекции), использующий метафору как основное лечебное (психокоррекционное) средство. Терапия с использованием метафор не представляет в настоящее время научно обоснованной концепции, а развивается как система эмпирических техник, применяемых при разных психотерапевтических подходах. Психотерапевты, обосновывающие необходимость имплицитного использования метафор в психотерапии, в частности Гордон (Gordon D.), автор книги «Терапевтические метафоры: оказание помощи другим с использованием зеркала», отмечают, что в истории развития культуры метафоры использовались как приемы, при помощи которых развивались и передавались идеи. Шаманы, древние философы, проповедники — все они в сходной манере интуитивно сознавали и применяли силу метафоры. Начиная с известной аллегории о пещере Платона, с проповедей Будды и Христа и заканчивая Зигфридом Вольтера и учением Дона Хуана, метафора всегда выступала как средство изменения идей и воздействия на поведение.

Истории в той или иной форме использовались людьми как средство передачи важной культурной, социальной или этической информации от предыдущих поколений к последующим. Поэмы Гомера были связаны с важными уроками для современников относительно того, «как следует себя вести» в сложных обстоятельствах. Гомер учил читателей и напоминал им, как нужно обращаться с близкими и чужими людьми, как встречать опасности и преодолевать трудности и пр. В русских народных сказках представлен ценнейший опыт общения и взаимодействия старших и младших, богатых и бедных, умных и глупых, опыт разрешения труднейших загадок, которые порой ставит перед человеком жизнь. Хотя содержание этих произведений различно, существенной смысловой разницы между историями об Одиссее или Алисе в Зазеркалье, между опытом общения Карлоса Кастанеды с Доном Хуаном и Ивана-дурака с Коньком-Горбунком нет; во всех описываются реальные или

выдуманные персонажи, сталкивавшиеся с проблемами, для решения которых им необходимо умение использовать свои индивидуальные возможности. Параллели между этими приключениями и мириадами проблем, с которыми люди сталкиваются в жизни, очевидны. Решения, найденные Одиссеем, могут быть неприемлемыми для некоторых людей, однако остается фактом то, что он часто находил выход из ситуаций, хорошо знакомых многим из нас. Приходилось ли нам чувствовать себя между Сциллой и Харибдой, когда нужно было принимать конкретное частное решение, или же привлекательными прекрасными сиренами, о которых нам каким-то образом известно, что рано или поздно они нас погубят? Нет ли в нашем прошлом опыта о нашей личной ахиллесовой пяте? Подобные параллели между мифами и баснями, с одной стороны, и человеческим опытом — с другой, настолько очевидны и настолько распространены, что в конце концов они проникли в язык как идиомы. В той или иной форме каждый из нас ежедневно имеет дело с ящиком Пандоры, со змеем-искусителем, спящими красавицами, с прекрасными принцами, царевнами-лягушками.

В различных психотерапевтических подходах современной психотерапии с той или иной мерой осознанности метафоры используются как психотерапевтические приемы. В широком смысле под терапией посредством метафор можно понимать применение в контексте терапевтического взаимодействия (изложение психотерапевтом или совместное составление с пациентом или группой пациентов) истории, обладающей важным качеством: в ней содержатся советы или поучительные сообщения о способах решения какой-то специфической проблемы. Некто сталкивается с определенной проблемой и преодолевает сложности либо препятствия. Способ, при помощи которого герой истории решает свою проблему, в аналогичной ситуации может подсказать решение и другим людям. Если какой-либо конфликт, описываемый в данной истории, напоминает нам аналогичный из нашей собственной жизни, рассказ становится для нас более значимым. Слушая анекдот или сказку, вы можете испытывать определенные ощущения, связанные с идентификацией различных персонажей с людьми или событиями, которые непосредственно вам знакомы. При подобных ассоциациях вполне вероятно, что вы почувствуете особый интерес к тому, как завершается данная история. Источником таких ощущений могут быть эпические поэмы, новеллы, стихи, сказки, басни, притчи, песни, фильмы, анекдоты, шутки, сплетни и пр. Когда какая-либо история предьявляется слушателю (в психотерапии — пациенту) с намерением оказать помощь в разрешении психологически трудной ситуации (и когда пациент подразумевает такое намерение), эта история становится метафорой. Психотерапевтическую метафору в литературе определяют как способ решения психологической проблемы через термины, принадлежащие к другой области. Таким образом, психотерапевтическая метафора представляет собой новеллистический способ презентации психологических затруднений и способов их разрешения. При исследовании «сборников метафор», таких как мифология, религия, литература, научная фантастика, газетные публикации, попкультура и пр., создавалась концепция метафоры как многоуровневого источника рассмотрения «старых проблем под новым углом зрения». Аналогичные взгляды по этому вопросу многократно высказывали и другие философы и психологи: *Фромм* (Fromm E.) в книге «Забытый язык», *Кемпбелл* (Campbell J.) — в «Гепое с тысячью лиц», *Беттелхайм* (Bettelheim B.) — в «Законах магического», *Бендлер*, *Гриндер* (Bandler R., Grinder J.) — в «Структуре магии».

Рассматривая с этих позиций процесс динамической психотерапии, можно увидеть в приемах *интерпретации* элементы метафорического содержания. *Рациональная психотерапия* предполагает разъяснение пациенту причины заболевания на языке концепции, которой владеет психотерапевт. В современных подходах *когнитивной психотерапии* признается, что какая-либо проблема может рассматриваться как обобщенное выражение некоего принципа функционирования когнитивных структур, и работа с конкретной ситуацией (часто не самой травматичной) предполагает, что после ее проработки через механизм *научения* пациент преодолевает целый ряд проблем, имеющих сходные формальные характеристики (Beck A. T., 1970). Следовательно, и здесь видны элементы метафорического содержания.

Из современных психотерапевтических подходов более осознанное применение метафор предполагает *позитивная психотерапия по Н. Пезешкиану и Х. Пезешкиану* (Peseschkian N., Peseschkian H.). Выделяется специальный этап психотерапии, во время которого для демонстрации пациенту относительности страдания и для снижения значимости привычных долженствующих паттернов поведения психотерапевт обращается к метафоре, по отдельным формальным признакам сходной с

предъявляемой проблемой.

Однако во всех указанных подходах применение метафор является интуитивным процессом и либо используются уже готовые метафорические элементы, либо они выступают в качестве таковых случайно. В Т. п. н. м. разрабатываются подходы к применению в психотерапевтической практике более сложных метафор, которые конструируются осознанно, под конкретный случай и конкретную терапевтическую ситуацию.

Существует понятие формальной метафоры — специально созданные для пациента истории, в которых не имеют значения форма, действующие лица и пр., а важно, чтобы метафора сохраняла в себе отношения, имеющие место в проблемной ситуации пациента; этим создаются предпосылки для решения данной проблемы. Эффективная метафора, в отличие от формальной (структурно-эквивалентной проблемы), имеет также и специфические характеристики. К ним относится достаточность метафоры, т. е. добавляются необходимые «модальные тонкости», увеличивающие ее значимость, использование различных систем репрезентации — визуальной, аудиальной и тактильной. Другим отличием эффективной метафоры от формальной является расширение и гиперболизация и персонажей, и действий. Третьим преимуществом эффективной метафоры является требование к ее законченности, т. е. презентация проблемы на различных уровнях — вовлеченные лица, динамика ситуации, лингвистические особенности, модели коммуникации, системы репрезентации, применение субмодальных элементов.

Выделяют также естественные метафоры (применяемые психотерапевтом) и сконструированные (созданные психотерапевтом). Признанным мастером применения естественных метафор в психотерапии считается Эриксон (Erickson M. H.).

Его ученики К. Лэнктон и С. Лэнктон (Lankton C., Lankton S.) свою книгу «Волшебные истории: ориентированные на цель метафоры при лечении взрослых и детей» посвятили использованию сконструированных для разных лечебных целей метафор.

При конструировании метафор учитывается заказ пациента. На следующем этапе выбираются персонажи, имеющие проблемную ситуацию, аналогичную реальной, и вступающие во взаимодействие, сходное с взаимодействием реальных участников проблемной ситуации. На этапе кульминации в метафоре проигрывается конфликтная составляющая реальной ситуации и обозначается безвыходность последней. На заключительном этапе формулируется выход из проблемной ситуации, который и должен нацелить пациента на решение реальной проблемы. Необходимым требованием к формулированию выхода из имеющихся трудностей является сходство выхода с поведением, демонстрировавшимся пациентом в других ситуациях, обобщенность рекомендаций, что дает пациенту возможность воспользоваться своими уникальными средствами и опытом. Выход в метафоре в большей степени представляет собой побуждение к решению проблемы, чем способ решения проблемы, и одновременно формирует оптимистический взгляд на наличие самой возможности преодоления ситуации. Этим терапевтическая метафора значительно отличается от совета, который содержит рекомендации к разрешению ситуации с позиции опыта самого психотерапевта.

Ниже приводится пример из книги «Терапевтические метафоры: оказание помощи другим с использованием зеркала». В ходе *семейной психотерапии* обсуждалась проблема благополучной семьи, в которой отец много времени тратил на работу и часто приходил домой поздно. Сын попал в неприятную историю, а мать, пытаясь сгладить ситуацию, покрывала сына и не сообщала о его неприглядном поступке отцу. Отец все же узнал о случившемся, пришел в ярость и ушел из дома. Семья переживает кризис. Психотерапевт рассказал следующую историю. На корабле была некогда дружная команда — капитан, 1-й помощник и юнга (в обсуждаемой ситуации — отец, мать и сын). Капитан часто закрывался в рубке и занимался планированием маршрута корабля (отец часто приходил поздно). Юнга по неопытности поставил не те паруса, и корабль сбился с курса (сын попал в неприятную историю, и в семье возник конфликт), 1-й помощник поправляет юнгу и скрывает этот эпизод от капитана (мать покрывает сына). Капитан узнает, что были поставлены не те паруса, и приходит в ярость, поскольку его не известили об этом, и уходит в рубку (отец узнает о случившемся и уходит из дома). Далее в метафоре в обобщенной форме сообщается, что вся команда вместе с капитаном все-таки находит выход из трудной ситуации (фактически создается мотивация к совместному решению проблемы с участием всей семьи). Такая концовка была предложена психотерапевтом, так как

предполагалось, что не так важен конкретный способ решения проблемы, сколько совместное участие в ее решении. В результате отцом и другими членами семьи была предпринята совместная успешная попытка разрешения конфликта.

**ТЕРАПИЯ ПРЯМОГО АНАЛИЗА ГРИНВАЛЬДА.** Психотерапевтическая система здравого смысла, разработанная Гринвальдом (Greenwald H., 1967), председателем программы гуманистической клинической психологии Интернационального университета США, бывшим президентом Национальной психологической ассоциации. В сфере его интересов главным образом активные формы психотерапии, изучение и применение юмора в терапевтических ситуациях, создание и синтез различных форм психотерапии. Наиболее известен как автор Т. п. а. Эта психотерапевтическая система включает в себя элементы *психоанализа*, различные модификации бихевиоральной терапии и других научных направлений, являясь, таким образом, эклектичной. Согласно Гринвальду, нормальный, хорошо приспособленный индивид без труда может принять оптимальные, правильные решения личностных вопросов, которые определяют поведение, но могут привести в будущем и к проблемам. Задачу психотерапевта автор видит в помощи пациенту стать более разумным, для того чтобы принимать правильные решения.

Терапевтический процесс очень прост и логичен. Сначала достигается ясная формулировка проблемы, существующей в настоящий момент, анализируются особенности прошлых решений, исследуются источники и причины неудачных решений, принятых ранее, проверяются альтернативные решения относительно результатов, имеющихся в настоящий момент, обсуждаются поведенческие ситуации. В дальнейшем исследуются будущие проблемы, и, наконец, через некоторое время после начала психотерапии, осуществляется оценка качества жизни.

**ТЕРАПИЯ РЕАЛЬНОСТЬЮ ПО ГЛАССЕРУ (reality therapy).** Психотерапевтический подход, развитый Глассером (Glasser W., 1961), основной целью которого является активизация у пациента «чувства реальности» и помощь ему в преодолении разрыва между его планами и их осуществлением в реальной жизни.

При использовании данного подхода отказываются от многих понятий, так или иначе «объясняющих» расхождение между планами индивида, касающимися его будущих поступков, и их реализацией («неосознаваемые мотивы», «защитные механизмы» и т. п.). Не данные механизмы ослабляют чувство реальности, а, напротив, ослабление последнего и приводит к возникновению указанных психических явлений. Результатом ослабления у индивида чувства реальности оказывается прежде всего понижение у него чувства ответственности перед самим собой за результаты своих действий. Индивид ощущает себя не причиной того, что с ним происходит, а лишь «игрушкой в руках судьбы», в результате чего нарушается отношение к будущему, планированию своих действий.

Психотерапевт помогает пациенту осознать свои желания, сформулировать цели и наметить планы. Они совместно обсуждают ход их реализации, однако никогда не касаются причин невыполнения тех или иных планов (полагают, что эти причины хорошо известны пациенту), отказываются также от психотерапевтического диагноза, так как это привело бы к перенесению ответственности за невыполнение планов на диагностированные нарушения. Не анализируется и прошлое пациента (оно уже не может быть изменено и, следовательно, вне власти пациента). Опыт практического применения метода показал, что он наиболее эффективен при работе с пациентами, имеющими осознаваемые психологические и иные проблемы, а также при работе с делинквентными подростками. Менее эффективен он при наличии у пациентов неосознаваемых конфликтов.

**ТЕРАПИЯ СРЕДОЙ** (от франко-англ. milieu therapy — лечебное воздействие среды, лечение средой). Использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Под средой имеют в виду все, что окружает пациента в стационаре (вещи, люди, процессы, события) и является неотъемлемым фактором больничного содержания, лечения в реабилитации.

Создатель системы социальных воздействий, метода работы с больными, который теперь называется *социотерапией*, Симон (Simon H., 1927), обосновывая свою позицию, исходил из положения, что приспособление к среде является основным принципом жизни. Оно требует от каждого индивида постоянной мобилизации всех сил и способностей. При излишне щадящем режиме ослабленные, но все же имеющиеся у больного силы бездействуют, что приводит к их дальнейшему ослаблению и патологической адаптации. Для того чтобы избежать дополнительного вреда от

неблагоприятной среды психиатрического учреждения, необходимо все окружение больного организовать таким образом, чтобы оно как можно больше приближалось к «нормальному». Общая цель Т. с. — максимализация адаптивных возможностей психически больного — подчинена общей цели реабилитации — восстановлению личного и социального статуса пациента (Кабанов М.М., 1985; Бурковский Г. В., 1984).

Понятие Т. с. трактуется в литературе двояко. В широком смысле — это сочетание самых различных мероприятий и воздействий на больного: географическое расположение больницы, ее архитектура, внутренняя структура, комфорт в отделениях и палатах, режим «открытых дверей», организация (желательно самими пациентами) кафе, пунктов продажи, парикмахерских, совместные развлечения, различные виды занятости и пр. В ином смысле — это скорее характер складывающихся и определенным образом направляемых взаимоотношений больного с окружающими его людьми — персоналом, другими пациентами, семьей. В этом смысле понятие Т. с. приближается к концепции терапевтического сообщества (therapeutic community).

В зависимости от базисных концепций формируются соответствующие модели Т.с.

1. Социотерапевтическое сообщество, основателем которого следует считать Джонса (Jones M., 1959). В основе концепции терапевтического сообщества лежит утверждение, что противодействие болезненному процессу, а также восстановление и развитие способностей пациента к адаптивному поведению в здоровом обществе возможно путем такой организации отношений между врачами, медицинским персоналом и больными в совместной деятельности, которая обеспечивает оптимальное использование их терапевтических способностей (Jones M., 1966; Ploeger A., 1972). Исходная модель Т. с., по Джонсу, предполагает, таким образом, изменение, реформирование социальной структуры психиатрического стационара. Джонс, а позднее и другие авторы описали основные принципы формирования процессов среды: демократизация — отказ от традиционных, статусных различий, облегчающий открытую коммуникацию; участие пациентов в терапевтическом процессе — пациенты выступают в качестве терапевтов друг другу; разделение ответственности за социальное функционирование отделения; формирование новых социальных ролей у медперсонала и пациентов и др. В данной модели функционирования среды предусматривались ежедневные собрания всех участников терапевтического процесса для обсуждения вопросов лечения, еженедельные конференции персонала для разбора затруднений в работе и регулярные встречи пациентов в малых группах для анализа их личностных проблем.

2. Психоаналитическое психотерапевтическое сообщество. Согласно этой концепции, психоаналитическое учреждение представляет собой «терапевтическое поле» (Левин (Lewin K.)), которое должно реализовать социальную жизнь пациентов с помощью деятельности малых и больших групп. При этом общество рассматривается здесь в меньшей степени как место *тренинга* социальных взаимодействий, а главным образом как сцена, на которой осознаются и прорабатываются невротические проявления. Модификация невротического реагирования в соответствии с требованиями реального жизненного пространства, приобретение опыта искренних и легких социальных отношений и воздержанности от чрезмерных претензий дают возможность для стабильной жизни в реальном мире и усилению Я-функций. Важный вклад в формирование этой концепции сделал Кернберг (Kernberg O. F., 1981), который перенес психоаналитическую теорию «связи с объектом» на психиатрический стационар. Динамические интеракции между индивидами, группой и стационаром рассматриваются и интерпретируются как открытая система. Вследствие этого психоаналитически-ориентированная Т. с. устанавливает взаимосвязь закрытой системы интрапсихического болезненного процесса с поведением в группе и обществе. Одновременно как психодинамический процесс понимаются терапевтические трансферные (переносные) отношения с руководителем (преимущественно с врачом), а также другие взаимовлияющие интеракции тесного взаимодействия.

3. Теория научения. В соответствии с этой теорией модель Т. с. строится на различных приемах вмешательства и коррекции нарушенного поведения. Одной из таких методик, впервые примененных к госпитализированным хроническим больным, является методика *подкрепления* (поощрения) «экономической» стимуляцией. Отдельные социально одобряемые поступки этих больных вознаграждаются пластиковыми деньгами, которые впоследствии заменяются на необходимые или желаемые акции (еда, прогулка, разговор и др.). Айллон (Ayllon T., 1965), Ферветер (Fairweather G.W.,

1969) описывали целые группы пациентов, которых удалось таким образом сориентировать на внешние требования и вернуть к жизни вне психиатрического стационара. Позднее были определены принципы построения модели Т. с., исходя из теории научения (Пол и др. (Paul G. L. et al.)). Эти принципы формулировались как «законы»: закон участия (новым способам поведения тем лучше можно обучиться, чем больше и чаще они используются самостоятельно), закон эффективности (новые способы поведения тем чаще применяются, чем они эффективнее) и др. Программа *социального научения*, разработанная этими авторами, содержит также различные приемы модификации поведения.

4. Интегративная модель. Критическая реакция на концепцию терапевтического сообщества как на идеалистически-утопическую впоследствии распространилась и на практически-технические аспекты терапии, построенной в соответствии с этой теорией. Сформировались взгляды, хотя и поддерживающие принципиальные позиции Т. с., но предъявляющие требования к их дальнейшей разработке и развитию. Так, Гандерсон (Gunderson J. G., 1978) отмечал, что тот или иной тип среды («контроль», «поддержка», «структурирование», «активное участие») может иметь свои преимущества и недостатки для различных популяций пациентов. Другие авторы указывали, что потребности в среде у отдельных пациентов различны на разных этапах болезни и в соответствии с этим должны определяться типы среды: структурирующая — в кризисной фазе болезни, уравнивающая — в острой фазе, воодушевляющая (одобряющая) — на стадии реабилитации, рефлексирующая — в интенсивной стационарной психотерапии, заботящаяся — в лечении хронических больных. Эти типы Т. с. позволяют осуществлять оперативное вмешательство, руководствуясь групповыми принципами (участие, коммуникация, социальное научение и др.).

Таким образом, в подходе к организации Т. с. в настоящее время существуют 2 основные тенденции. Первая направлена на отказ от универсальной модели среды и создание системы специализированных терапевтических сред, обеспечивающих переход больного из одной среды в другую по мере изменения его психопатологического и личностного статуса. Вторая, противоположная тенденция состоит в разработке гибких, пластичных, полифункциональных сред, объединяющих в себе достоинства самых разнообразных видов лечения. Эффективность Т. с. обеспечивается различными факторами:

- 1) демократической выработкой решений и распределением ответственности;
- 2) ясностью терапевтических программ, ролей и лидерства;
- 3) высоким уровнем взаимодействия между персоналом и пациентами;
- 4) малым размером отделений;
- 5) позитивными ожиданиями персонала;
- 6) высоким моральным уровнем персонала;
- 7) практической проблемной ориентацией лечебного коллектива.

**ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ БУРНО.** Разработана М. Е. Бурно (1989, 1990) и предназначена главным образом для пациентов с дефензивными расстройствами без острых психотических нарушений (т. е. с тягостным переживанием своей неполноценности). Это довольно сложный, долгосрочный (2-5 лет и более) метод. М. Е. Бурно (1993) предложил также методику краткосрочной терапии творческим рисунком.

Название Т. т. с. Б. указывает на связь этого метода с терапией творчеством (creative therapy, arts therapy), но одновременно автор отмечает и его своеобразие: 1) проникнут тонким клиницизмом, т.е. соотносится с клинической картиной и проявляющимися в ней защитными силами пациента; 2) направлен на обучение больного приемам целебного творческого самовыражения с осознанием общественной полезности своего труда и своей жизни в целом. Цель метода — помочь больному раскрыть свои творческие возможности вообще, и прежде всего в своей профессии. Метод — практическое выражение концепции *эмоционально-стрессовой психотерапии Рожнова*, возвышающей, одухотворяющей личность, обращенной к духовным ее компонентам.

Т. т. с. Б. возникла на базе многолетней работы автора с пациентами, страдающими психопатией и малопрогредиентной шизофренией с дефензивными проявлениями (пассивно-оборонительным реагированием, тревожным переживанием своей неполноценности). Имеется также опыт ее использования при алкоголизме, семейных конфликтах как в лечебных, так и в психогигиенических и психопрофилактических целях.

Основные приемы Т. т. с. Б.: 1) создание творческих произведений (сочинение рассказов, рисование, фотографирование, вышивание и др.) на уровне возможностей больного с целью выражения особенностей его личности; 2) творческое общение с природой, в процессе которого пациент должен стараться почувствовать, осознать, что именно из окружающего (ландшафт, растения, птицы и др.) ему особенно близко и к чему он равнодушен; 3) творческое общение с литературой, искусством, наукой (речь идет об осознанных поисках среди различных произведений культуры близкого, созвучного больному); 4) коллекционирование предметов, соответствующих или, напротив, не соответствующих индивидуальности пациента, с целью познания им особенностей собственной личности; 5) погружение в прошлое путем общения с предметами своего детства, рассматривания фотографий родителей, предков, изучения истории своего народа или человечества в целом для более глубокого *осознания* собственной индивидуальности, своих «корней» и своей «неслучайности» в мире; 6) ведение дневника или иного рода записей с включением в них элементов творческого анализа тех или иных событий, произведений искусства и науки; 7) переписка с врачом, письма которого носят психотерапевтический характер; 8) обучение «творческим путешествиям» (в том числе прогулкам по улицам или за город) с целью выявления отношения больного к окружающему и формирования его способности к анализу этого отношения на основе познания собственной личности; 9) обучение творческому поиску одухотворенного в повседневном, необычного в обычном.

Перечисленные методики в процессе лечения часто переплетаются между собой в соответствующей индивидуальной и групповой разъяснительно-воспитательной работе психотерапевта. Реализуются они в условиях психотерапевтической обстановки — в специальной гостиной, которая освещена неярким светом, где тихо играет музыка, подается чай и имеется возможность показывать слайды, демонстрировать работы больных.

Т. т. с. Б. проводится в 2 этапа. 1-й этап — самопознание, в процессе которого больной изучает особенности собственной личности и болезненных расстройств (на основе посильного исследования других человеческих характеров и пр.). Продолжительность этого этапа — 1-3 месяца. 2-й этап — познание себя и других с помощью указанных выше методик: продолжительность его — 2-5 лет.

Бурно рекомендует следующие формы работы: 1) индивидуальные беседы (первые 1-2 года от 2 раз в неделю до 1 раза в 2 месяца, а потом еще реже); переписка врача с больным (от нескольких писем в месяц до нескольких в год, в которых обсуждаются вопросы, имеющие отношение к творчеству пациента и его болезненным переживаниям); 2) домашние занятия больных (изучение художественной и научной литературы), создание творческих произведений и др.); 3) вечера, собрания *психотерапевтической группы* (по 8-12 человек) в психотерапевтической гостиной с чтением вслух написанных больными произведений, демонстрацией слайдов, обсуждением работ пациентов (2 раза в месяц по 2 часа). На одном и том же этапе лечения могут сочетаться различные психотерапевтические приемы Т. т. с. Б. с другими видами психотерапии и лекарственными средствами.

Подчеркивая клиническую ориентацию своего метода, автор дает рекомендации относительно ее ведущей направленности при различных видах психопатий и малопрогредиентной шизофрении с дефензивными проявлениями. Так, психастенические психопаты в соответствии со своими особенностями обычно нуждаются в достаточно подробной научно-лечебной информации, астенические психопаты — в проявлении искренней врачебной заботы, циклоидные личности — в ободряющих, юмористически-оживляющих воздействиях, в вере в своего врача. Шизоидным личностям следует помочь применить свойственную им аутистичность в разного рода полезных занятиях (математике, философски-символическом художественном творчестве и пр.). При лечении больных с эпилептоидной психопатией особое внимание должно быть обращено на нравственную реализацию дисфорической напряженности; одобряя честность и бескомпромиссность таких пациентов, необходимо дружески подсказывать им, что в жизни они добьются гораздо большего, если постараются быть более снисходительными к человеческим слабостям других. Больным с истерическим складом личности следует помочь найти признание со стороны других людей в условиях, когда им предоставляется возможность для чтения вслух, участия в самодеятельных спектаклях, создании художественных произведений, но одновременно важно подводить их к пониманию необходимости дифференцировать эту деятельность с поведением в обывденной жизни (учить хотя бы «играть» скромность). В психотерапевтической работе с больными малопрогредиентной шизофренией с

дефензивными проявлениями необходимы мягкая активизация их возможностей, побуждение к творчеству как при индивидуальной работе, так и в группах (на базе сложившегося эмоционального контакта больного с врачом).

Особого внимания заслуживают указания автора о том, что недостаточно, а порой и вредно просто призывать пациентов рисовать, фотографировать или писать. Важно постепенно подводить их к этим занятиям, побуждая собственным примером, примером других пациентов, используя взаимный интерес членов психотерапевтической группы к творчеству друг друга, а также обсуждая вопрос о созвучии их переживаний содержанию создаваемых ими произведений или произведений известных живописцев и писателей.

Несколько практических советов:

1. Попросить пациента почитать вслух в группе рассказ-воспоминание, например о детстве в деревне; пусть при этом он покажет сделанные им теперь слайды тех трав и цветов, что росли в его деревне в детстве; пусть покажет свои, хотя и неумелые, но трогательные искренностью рисунки-воспоминания деревенских пейзажей, дома, в котором жил; пусть включит магнитофонную запись пения птиц, которых слышал там, и т. д. Пациенты вместе с психотерапевтом стараются проникнуться всем этим, но не для того, чтобы оценить литературное или художественно-фотографическое умение (здесь не литературный кружок, не изостудия!), а для того, чтобы почувствовать в творческом самовыражении пациента его духовное, характерологическое своеобразие, сравнить со своими особенностями, рассказать и показать в ответ что-то свое на эту же тему, подсказать друг другу возможные, свойственные каждому способы творческого (а значит, и целебного) самовыражения.

2. На экране в сравнении — слайды: древнегреческая Кора и древнеегипетская Нефертити. Пациенты стараются «примерить» свое видение мира к синтонному видению мира древнегреческого художника и аутистическому — древнеегипетского. Где больше созвучия с художником? Не просто — что больше нравится, а где больше меня, моего характера, моего мироощущения. Посмотреть, поговорить о том, как два этих мироощущения продолжают в картинах известных художников всех времен, в поэзии, прозе, музыке, кинематографии, творчестве участников группы; в чем сила и слабость каждого из этих мироощущений; в чем, в каких делах обычно счастливо находят себя в жизни различные синтонные и артистические люди; чем отличаются от них во всем этом психастенические пациенты и т. д.

3. Если впервые появившемуся пациенту поначалу трудно творчески выразить себя, можно попросить его принести в группу несколько открыток с изображением созвучных ему картин художников или любимых животных, растений; можно предложить прочитать в группе вслух стихотворение любимого поэта, включить музыкальное произведение, которое по душе (т. е. как бы про него, как бы он сам написал, если б мог).

4. Психотерапевт участвует в группе собственным творчеством, открывая пациентам свою личность (характер). Например, он показывает на слайде, как сам невольно «щепляется» фотоаппаратом за злоеющие облака, символически-аутистически выражая свои переживания; или, если он синтонен, демонстрирует слайды с изображением природы, то, как естественно растворяется он в окружающей действительности, не противопоставляя себя полнокровию жизни; или, рассказывая о творческом общении с природой, показывает, как он сам чувствует, понимает свою особенность, душевно общаясь с созвучным ему цветком («мой цветок»), как именно это общение с цветком (в том числе фотографирование его, рисование, описывание в записной книжке) подчеркивает его своеобразие.

5. Не следует загружать неуверенных в себе пациентов отпугивающим энциклопедическим обилием информации — минимум информации, максимум творчества.

6. В процессе творческого самовыражения надо помочь пациентам научиться уважать свою дефензивность. Она является не только слабостью (излишняя тревожность, непрактичность, неуклюжесть и т. д.), но и силой, выражающейся прежде всего в так необходимых в наше время тревожно-нравственных размышлениях и переживаниях. Эту свою «силу слабости», которой наполнена и удрученная сомнениями дюреровская меланхолия, важно и полезно применить в жизни. Следует помогать пациенту становиться более полезным обществу, не ломая себя, не пытаясь искусственно превращать себя в свою «смелую», «нахальную» противоположность (к чему поначалу так стремятся многие дефензивные больные).



Так, например, в группе творческого самовыражения общими усилиями показываем «современному Гамлету», что за его житейской непрактичностью, нерешительностью стоит бесценная нравственная щепетильность, способность философски, остроумно осмысливать действительность и рассказывать многим людям о них самих и дивной диалектике жизни так, как сами они не смогли бы. Осознав, что храбро-агрессивные, практические дела не есть его удел, что, возможно, дефензивными переживаниями в соответствующей обстановке мучились бы и Дарвин, и Толстой, и Чехов, дефензивный пациент станет уважать это свое «дарвинское, толстовское, чеховское». Утверждаясь в истинной своей ценности, он скорее научится решительнее заниматься необходимым практическим делом.

Можно привести пример, как пациент, одаренный математик, но робкий, рассеянный, физически хрупкий, неловкий, буквально истязал себя на уроках физкультуры сложными упражнениями, до слез презирая свою слабость, непрактичность. Будучи студентом, он продолжал «ломать» себя, занимаясь альпинизмом, и вскоре погиб, сорвавшись в пропасть. По-видимому, с помощью Т. т. с. Б. он смог бы прочувствовать и осознать, что его телесную хрупкость, неловкость можно даже уважать как неотъемлемую часть душевно-телесной конституции, без которой не было бы его математического дара. Автор метода М. Е. Бурно подчеркивает, что в этом он видит отличие подлинно клинической психотерапии, индивидуализирующей каждый случай, от психологическо-ориентированной, при которой могла бы возникнуть ситуация превращения Гамлета в нерассуждающего храбреца (хотя бы по мнению группы).

Т. т. с. Б. может применяться как в стационаре, так и амбулаторно, в условиях поликлиники, а также диспансера, в клубах трезвости, в кабинетах эстетотерапии (в санаториях), при работе с группами риска (страдающие алкоголизмом). Кроме того, этот метод может занять существенное место в системе реабилитации психически больных. Т. т. с. Б. противопоказана лицам с тяжелой депрессией с суицидальными мыслями. В этом случае в обстановке одухотворенного творчества может даже углубиться чувство тоскливой безысходности, отдаленности от людей.

**ТЕРАПИЯ ФИКСИРОВАННЫХ РОЛЕЙ КЕЛЛИ.** Келли (Kelly G. A.) — автор оригинальной концепции личности и нового метода ее исследования. Монография Келли «Психология личных конструктов» вышла в свет в США в 1955 г. В этой книге он предложил и развил психотерапевтический подход, названный им терапия фиксированных ролей, в рамках которого возможны как изучение личностных проблем пациентов, так и достижение терапевтически важных изменений.

Теоретической основой Т. ф. р. К. является представление о том, что каждый человек обладает уникальной, свойственной только ему, иерархически организованной системой личных конструктов, которая определяет его поведение и позволяет ему прогнозировать будущие события. С точки зрения Келли, психологические процессы, возникающие при психотерапии, сходны с теми, которые свойственны формальному научному исследованию. Психотерапевт помогает пациенту сформулировать «теории», вывести и проверить специфические гипотезы, связанные с ними, оценить результаты своих экспериментов и пересмотреть свои теории в свете новых результатов (Келли считал, что пациент способен к самостоятельной *интерпретации* этих результатов).

Пациент рассматривается как основной исследователь в этом процессе, хотя и психотерапевт участвует в нем как активный сотрудник. По известному определению, в психотерапии личных конструктов модель отношений между так называемым психотерапевтом и так называемым пациентом напоминает отношения студента, занятого исследовательской деятельностью, и его научного руководителя. Предметом изучения является система личных конструктов пациента, и психотерапевт помогает пациенту в обучении, фокусировке на исследовании и экспериментировании со своим «Я» (системой личных конструктов). В целом роль психотерапевта с точки зрения теории личных конструктов заключается в том, чтобы помогать пациенту экспериментировать с собственным конструированием событий, не навязывая (объясняя, предъявляя) ему реальность.

Одно из сформулированных Келли положений — следствие социальности человека — гласит, что «в той степени, в которой человек способен воссоздавать способы конструирования, используемые другим человеком, он способен участвовать в социальном процессе, включающем другого». Это, а также определение роли как образа действий, осуществляемого с учетом понимания точки зрения другого человека, послужило основой экспериментальной процедуры, которую Келли развил для

активирования личностных изменений. Новую форму психотерапии он рассматривал не как лечение, а как исследовательский проект, в котором главным исследователем является сам пациент, полностью осознающий его цели и задачи.

Келли считал, что человек играет роль лишь в том смысле, что в своем поведении он руководствуется предвидением того, каким образом другой человек конструирует события. Для осуществления Т. ф. р. К. необходимо именно такое понимание роли как психотерапевтом, так и пациентом.

Т. ф. р. К. заключается в том, что пациенты с помощью психотерапевта активно экспериментируют с принимаемыми ролями гипотетических персонажей. Существенной особенностью психотерапии является осуществление ролевой игры не в кабинете, а в реальной жизни.

Психотерапия начинается с написания пациентом небольшого сочинения — характеристики самого себя с точки зрения человека, который хорошо знает пациента. Изучив ее, психотерапевт готовит другое сочинение — характеристику гипотетического персонажа, чью роль пациент будет разыгрывать. Затем пациента просят попытаться вообразить, например, что он сам на время уехал в отпуск, и перевоплотиться в нового персонажа; представить себе во всех подробностях, что бы тот мог говорить, думать, чувствовать и даже какие бы он мог видеть сны. Пациент и психотерапевт встречаются регулярно во время ролевой игры для планирования экспериментальных ситуаций и оценки результатов. В конце психотерапии пациент встречается с врачом, «вернувшись» в свое прежнее «Я», для того чтобы обсудить приобретенный опыт. Для получения первоначальной характеристики больного психотерапевт просит написать ее в форме пьесы, где пациент был бы главным действующим лицом. Такая форма выбрана, чтобы образ, создаваемый пациентом, был цельным, а не просто представлял бы собой перечень хороших и плохих личностных характеристик. Цель этого задания — выяснить, как пациент структурирует свой образ «Я» в рамках своей системы личных конструктов, или «имплицитной теории личности». Прежде чем приготовить сценарий разыгрываемой роли, психотерапевт анализирует характеристику пациента в плане основных факторов, которые тот использовал для самоописания. Важно определить, как пациент учитывает свой жизненный опыт в попытках поддержать Я-концепцию и как он видит развитие своего «Я» в будущем. Кроме того, необходимо понять, какой смысл вкладывает пациент в используемые им слова.

Предлагаемая роль должна включать минимум одну характеристику, противоположную самоописанию пациента. Она может быть выбрана на основе подразумеваемой самим пациентом полярности, например: в самоописании пациент использует конструкт «осторожный», а на противоположном полюсе — «агрессивный». Либо, как рекомендует Келли, можно предложить характеристику, которая никогда даже не приходила в голову пациенту и которую ему будет нелегко интегрировать в существующую у него систему конструктов. По мнению автора метода, пациенту может быть полезно исследовать последствия неизвестного ему до того поведения, сыграв роль, созданную на основе этого нового конструкта.

Келли настаивал, что предлагаемая роль должна разыгрываться именно при условии понимания роли в свете теории личных конструктов. Пациент действует в рамках роли с учетом взглядов других людей. Он концентрирует внимание не только на поведении окружающих, но и на различии точек зрения.

Психотерапевт исходит из того, что цель ролевой игры не в «искоренении» личности пациента и замене ее новой личностью. Он не должен допускать прямой критики или сомнений в целостности личности пациента — он должен относиться к ней с уважением. Ключевым моментом в понимании смысла эксперимента является то, что разыгрываемая роль относится к гипотетической личности, созданной как противоположность личности пациента. Исполняя ее, пациент проверяет гипотезу, сформулированную им совместно с психотерапевтом. Личность самого пациента, по мнению Келли, есть также не более чем гипотеза. Однако, поскольку пациент никогда не предполагал, что ей существуют альтернативы, ему трудно согласиться с тем, что его личность — это гипотетический конструкт. Все, что он, как правило, испытывал, это различные последствия свойственного ему поведения. Принимая новую, придуманную роль, пациенту легче рассматривать ее в качестве гипотезы.

Во время «репетиций» психотерапевт может играть роли значимых людей в окружении пациента или обмениваться ролями с самим пациентом. Келли находил этот обмен ролями особенно важным,

считая, что это позволяет пациенту пытаться реконструировать взгляды других людей, что является необходимой предпосылкой успешного ролевого взаимодействия. Психотерапевт старается показать пациенту, как частные гипотезы могут быть использованы в качестве основы для структурирования взаимодействий между ним и другими людьми и для *интерпретации* результатов этого взаимодействия. Разыгрывая возможные ситуации со значимыми людьми, пациент начинает постепенно осознавать, что он может успешнее экспериментировать с межличностными отношениями, используя свое собственное поведение как «независимую переменную», т. е. что его поведение может выступать как переменная в любой ситуации, которая потенциально находится под его контролем и может систематически управляться. Постепенно, с приобретением новых навыков, пациент может обнаружить, что он способен вызвать у своего социального окружения именно те реакции, которые и намеревался. Если учитывать, что единственной независимой переменной у «ученого» во всех экспериментальных ситуациях является его собственное поведение, то можно определить пациента в Т. ф. р. К. как главного исследователя в бесконечной программе, в которой он продолжает ставить при помощи собственного поведения все новые и новые вопросы.

В конце психотерапии, которая продолжается 1-2 недели, пациенту разрешается вернуться к свойственному ему прежде ролевому поведению. Психотерапевт передает ему ответственность за оценку приобретенного им опыта и за то, что он впоследствии предпримет с учетом этого нового опыта. Келли утверждал, что пациент не должен пытаться играть предложенную ему роль и в дальнейшем, даже если эксперимент был очень удачным. Заданием для него становится постепенное конструирование своей собственной личности в новых и новых сериях экспериментов, которые могут продолжаться всю жизнь.

**ТЕРМИНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Психотерапия пациентов, умирающих от неизлечимой болезни или по причине старости. В качестве таковых заболеваний сегодня выступают прежде всего рак и СПИД, которые воспринимаются многими людьми как процессы, неминуемо ведущие через увядание и боль к смерти. Эмоциональные нагрузки, которые испытывают умирающие больные, определяются в первую очередь их личностными особенностями, а также мыслями о боли и возможной медленной и мучительной смерти.

Основная мишень Т. п. — страх пациента перед стремительным и неотвратимым завершением жизни. Особенно выраженный страх может обуславливаться неизбежностью рискованного оперативного вмешательства, что нередко усиливается тревогой психотерапевта, вызванной беспомощностью перед лицом фатального прогноза заболевания. В больнице пациентом одновременно занимаются лечащий врач, медсестры, консультанты, социальные работники и др., и тем не менее он чувствует себя одиноким. Чтобы достойно или относительно спокойно, рассудительно встретить приближающуюся смерть, больному необходимы родственники и врачи, которым он может доверять. У постели умирающего не следует вести беседы (даже шепотом), содержание которых не всегда в достаточной мере понятно, что может усилить его тревогу и неуверенность в благополучном исходе заболевания. Типичная ошибка в общении с умирающими или неизлечимо больными — сознательное или неосознанное стремление окружающих избегать с ними лишних контактов. В этих случаях внутреннее состояние родственников и медперсонала характеризуется неуверенностью, а врач, чтобы поддержать свой имидж (внешнюю собранность), использует маску трезвой деловитости. Кроме того, у психотерапевта есть небезосновательные опасения чрезмерной идентификации себя с неизлечимо больным и его родственниками, а постоянно поднимаемый пациентом вопрос о прогнозе воспринимается специалистом как *конфронтация* с ним или вызов собственному бессилию и смерти. Поэтому больные с тяжелыми или неизлечимыми заболеваниями в процессе лечения и ухода нередко «теряются» персоналом, что в подавляющем большинстве случаев не дает медицинским работникам «ощущения успеха». Отличительная особенность работы специалистов с умирающими — страх перед неизлечимыми болезнями (например, раком), основанный на представлениях об их контагиозности. Если это избегание начинает распространяться на окружение больного, оно может привести к его социальной изоляции и стигматизации, что, естественно, снижает эффективность специализированной медицинской помощи. Другой помехой в проведении адекватной психотерапии умирающим выступает высокий уровень притязаний некоторых специалистов, ориентированных в своей деятельности на обязательное излечение пациентов. Следует помнить, что во многих случаях достаточно лишь

присутствовать у постели тяжелобольного или умирающего, чтобы помочь ему успокоиться.

Важным элементом Т. п. является сообщение диагноза. Искренность в беседах с больным — основной закон Т. п. Это касается не только различных врачей, занимающихся умирающими, но и родственников, обслуживающего персонала и священнослужителей. В наше время существует тенденция к разъяснению больному сути его заболевания, но оно должно проводиться осторожно, индивидуально, с учетом того, что пациент действительно хочет знать. Сообщить диагноз по возможности должен лечащий врач. Однако возражения против осторожного, адекватного ситуации разъяснения тяжелобольному или умирающему причин и особенностей его состояния (проводимого не однократно, а в ходе ряда бесед) еще высказываются отдельными специалистами. Они утверждают, что больные либо не заинтересованы в подобной информации, либо в результате это может привести к суициду. Но исследования многих авторов опровергают представление о том, что осведомленность может спровоцировать суицид: хотя суициды у неизлечимо больных регистрируются чаще, чем в нормальной популяции, они не являются следствием знания диагноза и прогноза. Сообщение диагноза пациенту является важным и для врача. С одной стороны, сокрытие правды означает признание тотальной безнадежности и терапевтического бессилия. С другой — при раннем обнаружении тяжелого, возможно, даже неизлечимого заболевания иначе не добиться сотрудничества с пациентом при необходимости оперативного вмешательства или лечения специфическими методами (например, радиотерапией и цитостатиками). Одновременно с сообщением диагноза следует сформировать в сознании пациента лечебную перспективу, сделать по возможности терапевтическое предложение или подчеркнуть в разговоре с ним обнадеживающие данные обследования. Тем самым врач обещает больному не оставлять его наедине с болезнью и поддерживает его ощущение собственной ценности. Это помогает при необходимости мобилизовать еще сохранившиеся соматические и психические резервы пациента.

Врач, как сопровождающий партнер, облегчает больному путь через отвергание, надежду и безнадежность. Эти чувства часто внезапно сменяются у пациента, но могут и сосуществовать, вызывая неуверенность и вынуждая к поиску ориентира. Опыт открытого партнерства может быть здесь, возможно, до того недостававшим жизненным опытом, который при все большем уходе в себя может наконец привести к примирению с мыслью о смерти.

И тогда смерть может стать личной задачей, а не «конечным результатом болезни».

Эффективность Т. п. во многом зависит от умелого использования специалистом (по ходу ее проведения) помощи семьи. Врачу необходимо также разобраться, какое значение имеет страдание для больного и для его родственников, какие силы здесь действуют как до, так и, в особенности, во время заболевания и после возможной смерти пациента. Если эти силы распознаются специалистом, их можно успешнее использовать в процессе психотерапии. Часто родственники сами просят врача не сообщать больному диагноз неизлечимого заболевания, и это приводит к различным уровням информации для членов семьи и больного. В итоге пациент оказывается в изоляции. Чтобы семья была вместе с больным, родственники должны владеть информацией в том же объеме, что и он. В контакте с такой семьей можно стремиться к мобилизации резервов семейной группы, содействия психологической переработке скорби у больного и его близких.

В контексте Т. п. одновременно применимы следующие меры:

- 1) выработка положительного *переноса* в рамках стабильных отношений с врачом;
- 2) обеспечение постоянной доступности психотерапевта в случае необходимости;
- 3) использование возможностей для *вербализации* ипохондрических представлений, чувств и фрустрационной агрессии больного;
- 4) психологическая поддержка в качестве дополнительного фактора программы соматической терапии;
- 5) усилия в направлении «третьей реальности», т. е. иррациональности, религии и т. д.

Современные организационные формы для проведения Т. п. представлены хосписом, специализированными отделениями или центрами для лечения больных СПИДом и другими моделями паллиативного лечения (Биктимиров Т. З., 1999). Т. п. проводят в стационаре и на дому, в последнем случае эту форму психотерапии в основном могут осуществлять специально подготовленные медсестры или социальные работники.

**ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ.** Создателем Т. а. является американский психиатр *Берн* (Berne E.). Согласно его концепции, человек запрограммирован «ранними решениями» в отношении жизненной позиции. Он проживает свою жизнь по «сценарию», написанному при самом активном участии его близких, прежде всего родителей, принимает решения в настоящем, основанные на стереотипах, которые когда-то были необходимы для его психологического выживания, но теперь чаще всего бесполезны. Основная цель психотерапевтического процесса — реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, *осознания* непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекватных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей исходя из собственных потребностей и возможностей.

Т. а. включает в себя:

- 1) структурный анализ — анализ структуры личности;
- 2) анализ транзакций — вербальных и невербальных взаимодействий между людьми;
- 3) анализ психологических игр — скрытых транзакций, приводящих к желаемому исходу (выигрышу);
- 4) анализ сценария (скрипт-анализ) — индивидуального жизненного сценария, которому человек невольно следует.

Структура личности характеризуется наличием трех состояний «Я»: Родитель (Экстеропсихе), Ребенок (Археопсихе), Взрослый (Неопсихе). Подчеркивается, что Я-состояния — это не роли, исполняемые людьми, а феноменологические реальности, поведенческие стереотипы, провоцируемые актуальной ситуацией. Родитель — это информация, полученная в детстве от родителей и других авторитетных лиц, это наставления, поучения, правила поведения, социальные нормы, запреты — информация из категории, как нужно и как нельзя вести себя в той или иной ситуации. С одной стороны, это набор полезных, проверенных временем правил, с другой — вместилище предрассудков и предубеждений. Родитель может выступать в виде Контролирующего Родителя (запреты, санкции) и Заботящегося Родителя (советы, поддержка, опека). Диагностировать состояние Родителя можно по таким высказываниям, как «я должен», «мне нельзя». К другим вербальным характеристикам относятся поучающие, оценивающие, поддерживающие или критические замечания типа «всегда», «никогда», «прекрати это», «ни за что на свете», «итак, запомни», «сколько раз я тебе говорил», «я бы на твоём месте», «милый мой», «бедняжка», «какой вздор». Физическим признаком Родителя является нахмуренный лоб, поджатые губы, качание головой, «грозный вид», «указующий перст» руки, постукивание ногой, руки на бедрах, руки, скрещенные на груди, вздохи, поглаживания другого по голове и т. п.

Ребенок — это эмотивное начало в человеке, которое может проявляться в двух видах. Естественный Ребенок включает в себя все импульсы, присущие ребенку: доверчивость, нежность, непосредственность, любопытство, творческую увлеченность, изобретательность. Благодаря этим чертам Естественный Ребенок приобретает большую ценность, независимо от возраста человека: он придает человеку обаяние и теплоту. Однако Естественный Ребенок не только обаятелен, но и капризен, обидчив, легкомыслен, снисходителен к себе, эгоцентричен, упрям и агрессивен. Адаптированный Ребенок — это та часть личности, которая, желая быть принятой родителями и боясь отвержения, не позволяет себе поведения, не соответствующего их ожиданиям и требованиям. Для Адаптированного Ребенка характерна повышенная конформность, неуверенность, особенно при общении со значимыми лицами, робость, стыдливость. Разновидностью Адаптированного Ребенка является Бунтующий (против Родителя) Ребенок, иррационально отрицающий авторитеты, нормы, нарушающий дисциплину.

Ребенок диагностируется в Т. а. на основании высказываний, выражающих чувства, желания, опасения: «я хочу», «я не хочу», «я боюсь», «меня злит», «я ненавижу», «мне все равно», «какое мне дело». К невербальным характеристикам относятся дрожащие губы, слезы, «надутый вид», потупленный взор, хныкающий голос, пожимание плечами, размахивание руками, выражение восторга.

Взрослое Я-состояние — это способность индивида объективно оценивать действительность по информации, полученной в результате собственного опыта, и на основе этого принимать независимые, адекватные ситуации решения. Если Родитель — это преподанная концепция жизни, а Ребенок — концепция жизни через чувства, то Взрослый — это концепция жизни через мышление, основанная на сборе и обработке информации. В теории *Фрейда* (Freud S.) Взрослому соответствует «Я». Подобно

тому как «Я» у Фрейда является ареной, на которой происходят баталии между вытесненными чувствами Оно и социальными запретами Сверх-Я, Взрослый у Берна играет роль арбитра между Родителем и Ребенком. Роль Взрослого сводится не к подавлению того и другого и возвышению над ними, а к изучению информации, записанной в Родителе и Ребенке. Анализируя эту информацию, Взрослый решает, какое поведение наиболее соответствует данным обстоятельствам, от каких стереотипов необходимо отказаться, а какие желательно включить. Так, на вечеринке уместно поведение, диктуемое Детским Я-состоянием, а неуместно морализирование Родителя на тему аскетического образа жизни. Именно в этом ключе необходимо понимать девиз Т. а.: «Будь всегда Взрослым». К Взрослому пациенту обращается психотерапевт в процессе работы с ним.

При взаимодействиях (транзакциях) людей могут включаться различные Я-состояния. Различают дополнительные, перекрестные и скрытые транзакции. Дополнительными называются транзакции, соответствующие ожиданиям контактирующих людей и отвечающие здоровым человеческим отношениям. Такие взаимодействия не конфликтогенны и могут продолжаться неограниченное время. Стимул и ответная реакция при таком взаимодействии изображаются параллельными линиями. Примером транзакции «Взрослый—Взрослый» может служить беспристрастный разговор с целью получить информацию: «Вы не слышали, какая погода ожидается завтра?» — «Обещают дождь». Типичный разговор между двумя Родителями, обремененными предрассудками, звучит примерно так: «Нынешняя молодежь думает только о развлечениях». — «Еще бы! Ведь они живут на всем готовом!». Взаимодействие «Родитель—Ребенок» может быть проиллюстрировано следующим диалогом между супругами: «Что-то мне нездоровится сегодня. Кажется, у меня температура». — «Тогда ложись в постель, я приготовлю тебе чай с лимоном и дам аспирин».

Конфликтогенной способностью обладают перекрестные транзакции. В этих случаях на стимул дается неожиданная реакция, активизируется неподходящее состояние «Я». Классическим является пример Берна «Запонки». Муж не может найти запонки и спрашивает у жены: «Ты не знаешь, где мои запонки?». Это вопрос Взрослого, ждущего информации, и параллельный дополнительный ответ был бы таким: «Посмотри в верхнем ящике гардероба». Однако если у жены тяжелый день, то она может сказать: «Куда положил, там и возьми». Стимул исходит от Взрослого, но жена вернула ответ от Родителя. Стимул и реакция пересеклись. Коммуникация прекращается: муж и жена больше не могут говорить о запонках, сначала они должны выяснить, почему он никогда не кладет вещи на свои места. Если бы ответ жены исходил от Ребенка («Вечно я у тебя во всем виновата!»), образовался бы тот же тупик. Такие перекрестные транзакции начинаются взаимными упреками, колкими репликами и заканчиваются хлопаньем дверью и громким выкриком: «Это все из-за тебя!» (название одной из психологических игр, описанных Берном).

Скрытые транзакции отличаются от предыдущих тем, что включают более двух состояний «Я», так как сообщение в них маскируется под социально приемлемым стимулом, но ответная реакция ожидается со стороны эффекта скрытого сообщения, что и составляет суть психологических игр. Когда продавец машин, улыбаясь, говорит своему клиенту: «Это наша самая великолепная спортивная модель, но она, наверное, слишком дорога для вас», то его слова могут быть восприняты как Взрослым, так и Ребенком клиента. Когда их слышит Взрослый, ответ может быть таким: «Да, вы правы, учитывая то, сколько я получаю». В то же время Ребенок может ответить: «Я беру ее — это как раз то, что я хочу». Наиболее тонкие обманные ходы строятся с учетом человеческой потребности в признании.

Психологическая игра представляет собой серию следующих друг за другом дополнительных скрытых транзакций с четко определенным и предсказуемым исходом. Это набор транзакций со скрытой мотивацией, серия ходов, содержащих ловушку, подвох. В качестве выигрыша выступает какое-либо определенное эмоциональное состояние, к которому игрок бессознательно стремится. Это далеко не всегда позитивное чувство, удовольствие или радость, чаще это неприятные ощущения, которые для игрока являются «любимыми» и которые он «коллекционирует». Например, в игре «Ударь меня» один из участников пытается вызвать у своего партнера неуважительную к себе реакцию. В книге Берна «Игры, в которые играют люди» (1964) описываются десятки игр. Их исполняют из Родительского состояния «Я», когда повторяют игру родителей; из Взрослого Я-состояния, когда они сознательно рассчитаны; из Детского Я-состояния, когда они основаны на ранних переживаниях, решениях и психологических позициях, которые ребенок занял в отношении себя и других в детстве.

Понятие психологической позиции является одним из основных в Т. а. Известным пропагандистом Т. а. стал психиатр Харрис (Harris T. A.) благодаря своей книге «Я о'кей — ты о'кей». Название книги выражает позицию, которой человек должен добиться в процессе Т. а. Харрис различает 4, а Инглиш (English F.) — 5 основных позиций.

Первая позиция: «я о'кей — ты о'кей». Эта позиция полного довольства и принятия других может быть определена как гармоничная, или симбиотическая, и соответствует положению эмбриона в чреве матери, который находит себя и свое окружение благополучным (о'кей). Позиция может поддерживаться между младенцем и матерью, однако если ребенок застревает на ней, полагая, что он всю жизнь будет оставаться самой важной персоной, то со временем возникнут разочарования и отрицательные переживания.

Вторая позиция: «я не о'кей — ты не о'кей». Если ребенок в начале своей жизни окружен вниманием, теплом и заботой, а затем, в силу каких-то жизненных обстоятельств, отношение к нему радикально меняется, то он начинает ощущать себя неблагополучным (не о'кей). Жизнь утрачивает позитивные аспекты. Сохранение такого положения может подействовать деструктивно и привести к убеждению: «Жизнь ничего не стоит».

Третья позиция: «я не о'кей — ты о'кей». Очень скоро ребенок начинает переживать, что он маленький, беспомощный, зависит от взрослых; он ощущает себя менее ценным, чем окружающие его взрослые. Это может измениться только в том случае, если самооценка ребенка будет повышаться. Если же этого не происходит, то такое состояние фиксируется, что в конце концов приводит к осуществлению сценария, в котором главную роль играют депрессия, резигнация и чувство неполноценности: «Моя жизнь ничего не стоит».

Четвертая позиция: «я о'кей — ты не о'кей». Если ребенка «не поглаживают», плохо с ним обращаются, то он приходит к заключению: «Только я один могу защитить себя, только я один хороший, а другие — плохие». Осуществление жизненного сценария на основе этой позиции может привести к криминальной ситуации: «Ваша жизнь немного стоит».

Пятая позиция: «я о'кей — ты о'кей». Это реалистическая позиция. Она не основывается на ранних детских решениях, а выбирается осознанно. К ней человек приходит через жизненный опыт, посредством переоценки ценностей, через мораль и философию. В этой позиции никто не проигрывает, а каждый по-своему приходит к своей победе: «Жизнь стоит того, чтобы жить».

Психологические позиции возникают не только в отношении себя и других, но и в отношении другого пола. Приняв психологическую позицию, личность старается укрепить ее, чтобы стабилизировать самооценку и сохранить свое восприятие окружающего мира. Психологическая позиция становится жизненной позицией, исходя из которой играют в игры и осуществляют жизненный сценарий. Например, женщина, которую в детстве третировал отец-алкоголик, принимает 2 позиции: «Я ничего не стою» (я не о'кей) и «Мужчины — это животные, которые будут обижать меня» (мужчины не о'кей). Исходя из этого, она выбирает людей, которые играют определенные роли, соответствующие ее жизненному сценарию. Так, она выходит замуж за «животное», к тому же алкоголика. В дополнение к этому на людях она играет в игру «Насильник»: привлекая мужчину беседой, пытается его соблазнить; если же он не поддается на это, она с возмущением отвергает его, еще раз убеждаясь, что «мужчины — это животные, которые хотят обидеть» ее (коллекционирование «любимых чувств»).

Сценарий — это жизненный план, напоминающий спектакль, который личность вынуждена играть. Он зависит от позиций, принятых в детстве, и записывается в детское Я-состояние через транзакции, происходящие между родителями и ребенком. Игры, в которые играют люди, являются частью сценария. Осознав свои позиции и игры, личность может понять свой жизненный сценарий. Анализ его является основной целью Т. а. По Берну, почти вся человеческая деятельность запрограммирована жизненным сценарием, начинающимся в раннем детстве. Первоначально сценарий пишется невербально (позиции, принимаемые в детстве — «я о'кей», «я не о'кей», — записываются невербально), затем дети получают от родителей вербальные сценарные сообщения, которые могут относиться к общему жизненному плану («ты станешь знаменитым», «ты неудачник, ты никогда ничего не достигнешь»), а могут касаться различных сторон жизни человека: ребенку предписывается профессиональный сценарий («ты настоящий артист»), сценарий относительно своего пола и женитьбы-замужества («ты такой хилый, ты никогда не станешь настоящим мужчиной», «не рассчитывай со

своими данными выйти замуж»), относительно образования, религии, спорта, увлечений и т. п. При этом родительские сценарные сообщения могут быть конструктивными, деструктивными (в крайних случаях — ведущими к самоубийству) и непродуктивными. По Берну, в каждом ребенке скрывается «принц» или «принцесса», но уже в самом начале жизни некоторые дети получают от значимых для них людей сообщения, содержащие в той или иной форме пренебрежение, что и вынуждает детей действовать ниже своих реальных способностей. Они становятся «лягушками», вместо того чтобы быть «принцами», которыми рождены («принц» и «лягушка» — аналогии, взятые Берном из сказки о «Царевне-лягушке»).

Т. а. — это *интеракционная психотерапия*, которая проводится в групповой форме. Пациентов обучают основным понятиям Т. а., пониманию механизмов поведения и их расстройств. Психотерапевт и пациенты пользуются при этом доской и мелом. Целью работы является осознание членами группы того, в пределах какого Я-состояния они обычно функционируют (структурный анализ). Развивая это осознание, пациенты исследуют раннее программирование, послания (сообщения), которые они получали от родителей, и свои ранние решения в отношении собственного достоинства («я о'кей», «я не о'кей») и жизненной позиции. Главная цель Т. а., по Р. Гулдинг (Goulding R. L.) и М. Гулдинг (Goulding M.), состоит в пересмотре ранних решений. Авторы отвергают представление Берна о том, что мы пассивно следуем сценарию и являемся жертвами раннего обусловливания, и полагают, что решения принимаются нами в ответ на реальные и воображаемые родительские послания и таким образом мы сами изначально создаем свой сценарий. Если было принято раннее решение, то с помощью различных психотерапевтических приемов члены группы могут заново пережить сцены раннего детства, оживить ситуации, в которых они приняли определенное пораженческое решение относительно себя и своей жизни, и в конце концов могут принять новое решение на интеллектуальном и эмоциональном уровне. Авторами развит модифицированный вариант Т. а., сочетающий свои принципы и приемы с *гештальт-терапией*, *психодрамой* и модификацией поведения. Несмотря на то, что транзактная группа является интеракционной и работа в ней должна приводить к интеллектуальному и эмоциональному *инсайту*, большой акцент делается на рациональном подходе. Руководитель группы выступает в большей степени как учитель, часто использует дидактические подходы, чтобы помочь пациентам испытать инсайт и установить контроль над своей жизнью. Конечной целью Т. а. является достижение автономии личности, что помогает определить свою собственную судьбу, принять ответственность за свои поступки и чувства.

В основе практики Т. а. лежит контракт, в котором оговариваются условия лечения. *Психотерапевтический контракт* включает цели, поставленные пациентом перед собой, и пути, по которым эти цели будут достигаться; сюда вносятся предложения психотерапевта по лечению и список требований к пациенту, которые он обязуется выполнять. Пациент решает, какие убеждения, эмоции и стереотипы поведения он должен изменить в себе, чтобы достигнуть намеченных целей. После пересмотра ранних решений пациенты начинают думать, вести себя и чувствовать по-другому, стремясь приобрести автономию.

Т. а. может использоваться при лечении неврозов в широком возрастном диапазоне. Менее эффективно его применение для лечения психотических больных, а также больных с тяжелыми хроническими формами неврозов. Сильной стороной Т. а. является установление общего языка с пациентом, что облегчает формирование *психотерапевтического контакта* (Лычагина Л. И., 1983).

**ТРАНСКУЛЬТУРНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Направление в психотерапии, которое занимается значением и влиянием культурных факторов. Т. п. в данный момент еще не является самостоятельной дисциплиной, здесь уместнее говорить о движении в рамках психотерапии. Сходный подход имеется в психиатрии, где наблюдается формирование транскультурной психиатрии.

Т. п. своими корнями уходит в европейскую психиатрию, занимающуюся физическими болезнями в далеких и «экзотических» странах. Там мы можем найти известные и неизвестные определения для распространенных у нас сегодня «душевных болезней». С точки зрения истории медицины современный подход к «сравнительной психиатрии» берет свое начало от работ немецкого психиатра Крепелина (Kraepelin E.) в 1904 г. Его исследования на острове Ява вошли в историю психиатрии как первый труд по культурному сравнению психических заболеваний. Парен, Парен-Маттей и Моргенталер (Parin P., Parin-Matthey G., Morgenthaler F.) исследовали другие культуры по



психоаналитическим критериям. Девере (Devereux G.) предложил в 1950 г. для подобных исследований определение «этнопсихиатрия» и опубликовал в 1972 г. свою книгу «Этнопсихоанализ». Виттковер, Джилек и Джилек-Аалл (Wittkower E., Jilek W. G., Jilek-Aall L.) также во многом повлияли на развитие Т. п. Ее задачи описал Виттковер (1978): «идентификация количественных и качественных различий при сравнении душевнобольных в разных культурах, исследование причин найденных различий и применение полученного знания для лечения и профилактики душевных болезней». В 1980 г. он занимался культурными и транскультурными аспектами психотерапии, начав дискуссию о том, можно ли перенести такие методы, как *йога* и буддийская *медитация*, из культур, чуждых западному человеку, и в особенности западную психотерапию за пределы западной цивилизации. Среди немецких специалистов особо выделяется Пфайфер (Pfeiffer W.). Его работа «Транскультурная психиатрия», написанная в 1971 и дополненная в 1994 г., является феноменологически ориентированным собранием определений названий, возникших в данной культуре по отношению к разным психиатрическим группам заболеваний, а также общих постановок вопросов.

По сей день ведутся споры о том, как следует называть это специальное направление в психиатрии и психотерапии (Pfeiffer W., 1994). Понятие «сравнительная психиатрия» было предложено Крепелиным (1904) и затем подхвачено другими учеными. Сформулированный Виттковером термин «Транскультурная психиатрия» стал широко известен во всем мире, как в публикациях, так и в различных профессиональных организациях, таких как, например, Всемирная психиатрическая ассоциация, в которой организована отдельная секция «Транскультурной психиатрии». По Виттковеру, в транскультурной психиатрии образовалось ответвление, представленное социальной психиатрией, которая занимается культурным аспектом возникновения, частоты проявления, формой и лечением психических заболеваний в различных культурах. Приставка «транс» (от лат. — через, сквозь, сверх того) указывает на определенную культурную точку зрения, хотя очень важно в самом начале понимать пациента и картину заболевания исходя из позиций его собственной культуры. В этой же связи обсуждаются термины «этнопсихиатрия» и «этнопсихоанализ» (Деверс (Devereux G.), Вульф (Wulff E.)), «психиатрия культуры», «культурно обусловленная» или «культурно-ориентированная психиатрия» (Pfeiffer W., 1994). У транскультурной психиатрии и транскультурной психологии имеется много общего, и этими проблемами много занимались Триандис, Ламберт (Triandis H. C., Lambert W. W., 1980), а позднее Квекельберге (Quekelberghe C.). Американскими психологами было предложено понятие «multicultural counseling» (мультикультурная терапия) (Ponteretto J., 1995), которое определяется как консультация, проводящаяся между или вместе с представителями другой культуры. Х. Пезешкиан (Peseschkian H.) в 1998 г. в диссертации на тему Т. п. на русском языке называет подобный подход как «наблюдение, признание, понимание, принятие во внимание и переработка значения и влияния культурных факторов на пациентов, терапевтов и терапевтические отношения».

В 90-х гг. в США распространился взгляд о том, что помимо трех основных направлений — *психоанализа*, *бихевиоризма* и гуманистической психологии как «четвертая сила» в психологии должна рассматриваться «multicultural counseling» (мультикультурное консультирование) (Pedersen P. B., 1991). За последние 10 лет в США сильно изменились учебные планы университетов в связи с принятием мультикультурного *тренинга* как отдельной дисциплины. Также мы можем встретить там бесчисленное множество учебников и публикаций по «Культуре и терапии» (Ponteretto J., 1995).

Т. п. занимается преимущественно следующими проблемами и вопросами:

- лечение пациента — представителя другой культуры (здесь довольно большое значение имеет проблематика миграции и эмиграции);
- лечение пациента, чье заболевание имеет «культурные» причины (интернациональные браки и семьи, проблемы адаптации после эмиграции, общение с близкими — представителями другой культуры, транскультурное непонимание);
- особенности психотерапевтических отношений и самого процесса лечения, если пациент и психотерапевт относятся к разным культурам;
- принятие психотерапевтических методов из других культур, а также трудностей, связанных с их применением (если не проведена культурная модификация);
- транскультурные аспекты заболеваний (и относительность понятий, обозначающих заболевание);

— ответственность психотерапевта в растущем мультикультурном обществе (культурные вопросы идентификации отдельных людей, последствия миграции);

— развитие методов и подходов, эффективных в транскультурном обществе.

Транскультурные специалисты считают, что после окончания «холодной войны» основными мировыми проблемами являются культурные и что различие между индивидуалистическими и коллективными культурами может привести к расколу. Указывается также на недостаток «культурной чувствительности», что требует учета культурных факторов при постановке диагноза (например, DSM-III-R + IV). Х. Пезешкиан отмечает (1998), что «мы сегодня, во времена мультикультурных обществ... можем говорить о закате эры монокультурной психотерапии», поэтому «любая форма психотерапии должна быть транскультурной». Б. С. Положий (1997) также утверждает, что «клиническая психиатрия всегда представляет собой транскультурную психиатрию».

**ТРАНСОВЫЕ МЕТОДЫ.** Психотерапевтические приемы, использующие измененные (расщепленные) состояния сознания (транс) в лечебных и/или профилактических целях.

Утилизоваться могут спонтанные трансовые состояния (*самовнушение по Куэ*), искусственно вызванные самим индивидом (*аутогенная тренировка, медитация*) или наведенные психотерапевтом (*гипноз, эриксоновский гипноз, нейролингвистическое программирование, методики визуализации*), в том числе и с помощью психоделических психофармакологических препаратов (*наркопсихотерапия, психоделическая психотерапия*). Трансовые расщепленные состояния сознания могут целенаправленно создаваться как подготовительный шаг для последующего психокоррекционного вмешательства (гипноз) либо могут являться «сопутствующим продуктом» психотерапевтических приемов (приемы визуализации, некоторые упражнения из *гештальт-терапии*).

Состояния транса повышают доступ к неосознаваемой информации, прерывают старые и формируют новые условные связи, интенсифицируют интуитивные (ранее неосознаваемые) формы познания мира и переработки информации. Возможности, открываемые трансовыми состояниями сознания, могут использоваться для самопознания (медитация), *самовнушения* или лечебного *внушения* психотерапевта, перепрограммирования, активизации саногенных ресурсов пациента. Известны коллективные формы применения Т. м., но в последние десятилетия подчеркивается большая эффективность их применения в *индивидуальной психотерапии*.

Т. м. показаны при невротических нарушениях, используются при лечении наркомании и алкоголизма и с очень большой осторожностью — при психотических расстройствах.

**ТРАНСПЕРСОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Психотерапевтический подход, возникший на основе эмпирического опыта нетрадиционных и эзотерических учений, акцентирующих внимание на так называемых феноменах измененного состояния сознания (таких, как «мистический опыт», «космическое сознание», «экстаз», медитативные состояния и др.), а также теоретических представлений, традиционных для западноевропейской психотерапии психоаналитической ориентации. Термины «трансперсональная психология» и «Т. п.» были предложены в 60-х гг. Грофом (Grof S.), считавшим, что структура бессознательного в психоаналитическом понимании не исчерпывается только биографическим уровнем (определяемым событиями жизни человека), который использовал Фрейд (Freud S.), а включает в себя и перинатальный уровень (историю рождения человека), а также собственно трансперсональный уровень, внеиндивидуальное содержание которого определяется всей человеческой культурой и историей и даже процессами и закономерностями неживой природы. Т. п. основывается на представлении о возможности использования глубинного потенциала трансперсонального уровня психики для личностного роста и оздоровления за счет реализации неудовлетворенных и нереализованных «запретных» желаний человека, преодоления негативных последствий перинатального периода жизни, психотравмирующих событий, освобождения глубинных потенциалов.

Практически все варианты Т. п. включают 3 основных этапа: 1) обсуждение с пациентом трансперсональных феноменов и их значимости в жизни конкретного человека с целью обесценивания его проблем, снижения остроты актуальных переживаний, достижения другого способа понимания ситуации путем переключения фокуса внимания больного на высшие, духовные категории; 2) использование различных технических приемов, обеспечивающих возникновение измененных состояний сознания, с целью переживания специфических, по мнению Грофа, «трансперсональных

феноменов». Измененные состояния сознания в практике Т. п. могут быть достигнуты с помощью галлюциногенов (мескалина, ЛСД и ее аналогов, кетамина, эфедрина), специальных дыхательных техник, различных приемов *медитации*, визуализации абстрактных понятий. Этот этап является основным, поскольку именно он создает условия для переживания трансперсонального опыта и реализации оздоровительного потенциала трансперсональных феноменов; 3) *осознание* проблем на основе трансперсонального опыта, полученного на первых 2 этапах Т. п., и выбор новых поведенческих паттернов. Этот этап Т. п. реализуется в процессе общения с психотерапевтом и психологом, реже — во взаимодействиях группы пациентов, одновременно проходящих Т. п. Разрешение проблем через осознание на этом уровне существенно отличается от процесса осознания в динамической психотерапии. Понятию «осознание» в Т. п. эквивалентен термин «открытие» пациенту сути и смысла его предназначения, обсуждение имеющихся проблем на «более высоком» уровне, чем обычная аналитическая *интерпретация*.

Трансперсональный психотерапевтический подход до середины 80-х гг. XX в. сравнительно мало был знаком специалистам в области психотерапии (Колосов В. П., 1995), культивировался узким кругом психотерапевтов при явном неодобрении официальной медицины. Трансперсональные явления большинством психиатров и психологов расценивались либо как психопатологические проявления, либо как специфические эффекты духовной практики в рамках эзотерических религиозных учений (например, в буддизме, даосизме и др.), не имеющих отношения к медицине.

В европейской психотерапии возникновение трансперсонального подхода в большей степени связывается с работами Грофа по ЛСД-терапии (конец 70-х гг.), а после запрета на эксперименты с ЛСД и ее аналогами — с *голотропной терапией* (середина 80-х гг.). В российской психотерапии опыт использования Т. п. невелик и основывается преимущественно на применении голотропной психотерапии с конца 80-х гг. Из оригинальных методик Т. п., созданных в России, можно указать так называемую аффективную контратрибуцию, применяющуюся в комплексном лечении хронического алкоголизма и неврозов.

См. также *Метод аффективной контратрибуции Гриненко и Крупицкого при лечении алкоголизма*.

**ТРАНСЦЕНДЕНТАЛЬНАЯ МЕДИТАЦИЯ.** Методика *медитации*, получившая название Т. м., была завезена в США индийским йогом Махариши Макеш Йоги и стала широко распространяться в этой стране с 1961 г. Середина 60-х — середина 70-х гг. — период наибольшего интереса к Т. м.

Т. м. — это модифицированная мантра-медитация, приспособленная к западной культуре. Теоретической основой ее является учение адвайта веданты Шанкарачарьи, в свое время возродившее индуизм в Индии в условиях господствовавшего тогда буддизма. Целью исповедующего его и вступившего на этот путь является объединение ума ищущего с бесконечным сознанием; на начальном этапе — освобождение от двойственности сознания, которая считается главной причиной страданий человека.

Техника Т. м. — это приемы концентрации внимания — практика дхьяны. Методику Т. м. отличает простота и относительная легкость выполнения. Для начинающего самое важное — не касаться интеллектуальной области вообще, не думать (Robbins I., Fisher D., 1972). Первичный курс обучения Т. м. не требует овладения специальными позами, особой аскетической подготовки и проводится сидя на стуле или лежа. После вступительных лекций желающие дальше заниматься Т. м. приходят для «посвящения», принося с собой определенный набор предметов. Фактически «посвящение» является традиционной индуистской церемонией поклонения богам, включая и обожествление гуру через приношения. Таким образом, ничего не подозревающий ученик входит в индуистскую религиозную обрядность. В последующем Т. м. проводится регулярно 2 раза в день по 20 минут. Ученик медитирует, непрерывно повторяя мантру (санскритское слово или отдельные слоги слова), давая уму полную свободу. Обычно ощущения и переживания учеников на первых порах контролируются учителем. При проведении Т. м. рекомендуется избегать больших усилий в концентрации внимания. При отвлечении от мантры ученику советуют мягко возратить свой ум к мантре, т. е. пассивная концентрация считается предпочтительнее активной.

Концентрация на мантре (объекте внимания), выход за пределы объекта концентрации, достижение более тонких состояний мысли, пока она не достигнет своего источника, — вот основные

этапы, которые проходит занимающийся Т. м. При последовательной тренировке ученик довольно быстро выходит на особый уровень сознания — состояние Т. м., которое описывается как состояние полного удовлетворения, блаженства, абсолютного осознания сущего. В последующем ставится цель — использовать Т. м. как средство управления чувствами, умом при сохранении активного образа жизни. Достигается это путем чередования периодов нормальной деятельности с периодами медитации. Эффекты медитации у неовладевшего высшими ступенями стираются в повседневной жизни, поэтому заниматься Т. м. следует регулярно. Достижение более высоких ступеней Т. м. (состояния космического сознания, божественного сознания, состояния «единства») возможно лишь после нескольких лет упражнений в Т. м. и требует использования более сложных приемов. В обычных публикациях по Т. м. об этих приемах даются только отрывочные сведения.

После почти 10-летнего бума интерес к Т. м. стал резко снижаться. В значительной степени это было связано с тем, что религиозными конфессиями был осознан небезразличный характер отношения к ним Т. м. В 1978 г. Федеральный суд США вынес решение, согласно которому Т. м. является по своей сути религиозным течением и поэтому не должна преподаваться в общественных учебных заведениях.

Т. м. используется в психотерапии как один из методов психической саморегуляции для снятия тревоги и напряжения, для достижения большей личностной гармонии. Исследования Т. м. выявили тенденцию к нормализации обмена веществ, снижению частоты дыхания, сердечного ритма и артериального давления. В отличие от ряда других методов медитации, Т. м. сопровождается *релаксацией* с преобладанием когнитивных, а не соматических эффектов, и тем самым показана при симптомах когнитивной тревоги, например в случае навязчивых беспокойных мыслей, затрудняющих засыпание.

**ТРЕНИНГ** (от англ. train — тренировать, тренироваться). В психотерапии Т. — это совокупность психотерапевтических, психокоррекционных и обучающих методов, направленных на развитие навыков самопознания и саморегуляции, общения и межперсонального взаимодействия, коммуникативных и профессиональных умений.

В настоящее время термин Т. используется для обозначения широкого круга методик, базирующихся на различных теоретических принципах. Единой классификации Т. не существует. Выделяют Т., направленные на развитие навыков саморегуляции, коммуникативные Т., тренинговые подходы, стимулирующие личностный рост, обучающие Т.

К группе Т. саморегуляции относятся: *аутогенная тренировка* в различных вариантах, тренинг *биологической обратной связи*. Данные методы направлены на развитие способности контроля и управления физиологическими функциями, на оптимизацию эмоционального состояния и снижение психологического напряжения.

К группе коммуникативных Т., или Т. коммуникативных умений, относятся преимущественно групповые варианты поведенческого и *социально-психологического Т.* Они проводятся в целях формирования и совершенствования общей коммуникативной готовности личности (например, для людей, испытывающих жизненные трудности, связанные с общением). Различия между поведенческим и социально-психологическим Т. условны. Известным критерием для разграничения этих близких технологий совершенствования навыков коммуникации могут быть их разные целевые установки. Например, в клинике неврозов для коррекций личностных нарушений типа ограничительного поведения с целью более полной реадaptации больных с затяжными неврозами и невротическим развитием оправдано применение термина «*поведенческий Т.*» как отражающего терапевтическую направленность коммуникативной коррекции. Термин «социально-психологический Т.» более уместен при работе со здоровыми людьми с целью формирования или развития коммуникативных навыков. Методика проведения указанных Т. может быть различной, но обязательно включает в себя два компонента: ролевую игру и *групповую дискуссию*. Социально-психологический Т. составляют блоки различных коммуникативных умений, например, умения, необходимые в начале общения (при вступлении в контакт), для прерывания контакта, умения и навыки психологического аргументирования, активного слушания, выявления скрытого намерения партнера по общению и др. Методика проведения поведенческого Т. строится также на принципах воссоздания субъективно сложных для участников группы Т. ситуаций через разыгрывание ролевых игр и групповую дискуссию.

Приведем одну из наиболее распространенных методик поведенческого Т. Участники группы

отбираются до начала занятий по следующим критериям:

- 1) эффективное прохождение основного курса психотерапии;
- 2) наличие показаний для проведения поведенческого Т., что определяет лечащий врач;
- 3) необходимый уровень мотивации для участия в группе поведенческого Т.

В группе одновременно могут заниматься 8-12 человек, однако состав ее и количество пациентов не регламентируются так жестко, как при *групповой психотерапии*, число участников колеблется от 3 до 18-20. Практически более оправдано создание открытой группы поведенческого Т., поскольку основная ее ориентация на формирование моделей более адаптивного поведения не требует учета динамики малой группы, и даже наоборот, уход пациентов, преодолевших поведенческие трудности, и появление новых предоставляют участникам возможности более точного формулирования собственных целей, создают образ лечебной перспективы. Занятие начинается с разминки, включающей упражнения коммуникативной, поведенческой и эмоциональной направленности. Затем проводится групповая дискуссия для определения цели занятия. Из предложенных участниками ролевых ситуаций выбирается одна или две, наиболее значимые для всех участников группы. После групповой дискуссии психотерапевт (тренер) предлагает ролевую ситуацию, которая разыгрывается участниками по очереди. В конце занятия проводится групповая дискуссия с целью рефлексии эффективности участия членов группы в ролевой ситуации. Возможно повторение наиболее сложной ситуации и дискуссии. Вопрос о завершении занятий в группе решается индивидуально каждым пациентом совместно с психотерапевтом. Проведение Т., как видно из описанной методики, при всей внешней простоте требует большого опыта работы с группами, хороших навыков организации коммуникативного Т., психотерапевтических занятий, поскольку, несмотря на поведенческую ориентацию этого Т., возможны обострения невротического состояния, в связи с чем желательно проведение поведенческого Т. *групповыми психотерапевтами*.

К группе Т., стимулирующих личностный рост, относятся тренинговые занятия, имеющие различные теоретические основы и направленные преимущественно на развитие отдельных сторон личности участников Т. (самопонимание, навыки социальной перцепции, осознание смыслов, развитие стратегии личностного развития и др.). Понятие личностного роста нельзя определить однозначно из-за значительных различий в концепциях личности. Т. личностного роста — это собирательное понятие, обозначающее развитие личности с точки зрения разных концепций. Каждый современный тренинговый метод, имеющий личностную ориентацию, характеризуется собственной методологией развития личности. Поэтому можно выделить Т. личностного роста динамической, гуманистической, когнитивной и другой ориентации. К Т. личностного роста динамической ориентации в этом смысле могут быть отнесены психодраматические группы. Т. личностного роста гуманистической направленности объединяет *группы встреч Роджерса* (Rogers C. R.), группы гештальт-ориентации *Перлса* (Perls F. S.), группы экзистенциального Т., а также социально-психологический Т., направленный на развитие социальной перцепции и базирующийся на теоретических подходах отечественной социальной психологии (Петровская Л. А., 1989). Т. когнитивной ориентации проводится в группах и направлен на развитие прежде всего когнитивного компонента самопознания, осознание неадаптивных стереотипов поведения. Большое значение в этом случае имеет работа с языком участников, для чего используется видеообратная связь и другие технические приемы. Одним из подходов к реализации личностного роста в процессе Т. является проведение тематического Т., т. е. фокусирование внимания группы на какой-либо теме, которая для всего цикла занятий является сквозной. Методика проведения такого варианта когнитивного Т. личностного роста напоминает тематические дискуссии. Темы могут касаться профориентации (для подростков или безработных), национального самосознания, профессиональных особенностей и интересов, смысла жизни и др.

Обучающие Т. также представляют собой сборную группу и направлены на совершенствование в первую очередь навыков, необходимых для профессий, где определяющим фактором является эффективность общения. Программа таких Т. формируется в соответствии с заказом конкретной группы. Это может быть, например, *лабораторный Т.* для психотерапевтов, направленный на отработку навыков работы с пациентами, методический Т. для профессионалов, работающих с группами (методический Т. для тренеров, работающих с группами социально-психологического Т., методический

Т. для групповых психотерапевтов и др.). Направленность такого варианта Т. может быть и тематической: Т. переговорного процесса, Т. для управленческого персонала и пр.

При всем разнообразии Т. и различии их теоретической базы можно выделить некоторые основные приемы, или процедуры: основные методические приемы ролевой игры и групповой дискуссии могут быть дополнены различными вариантами упражнений невербальной коммуникации, упражнениями для работы с языком, тренировкой определенных навыков, видеообратной связью и др.

Значение Т. как особого явления в мире психотерапии, психокоррекции и прикладной психологии постоянно возрастает, поскольку эффективность Т. различных направлений по сравнению с другими подходами обучения и совершенствования навыков уже доказана практикой.

**ТРЕНИНГ ПОВЫШЕНИЯ ЧУВСТВА УВЕРЕННОСТИ В СЕБЕ.** Один из психотерапевтических методов, примыкающих к *поведенческой психотерапии*. Фенстергейм (Fensterheim Н.), автор книги «Не говори "да", когда хочешь сказать "нет"», поведенческий психотерапевт и психолог, считает, что *тренинг*, способствующий повышению чувства уверенности в себе, основывается на 2 предпосылках:

1) то, что вы делаете, служит основанием для развития вашей Я-концепции, ваше самоутверждение определяет ваше самоуважение;

2) поведение состоит не из изолированных событий, а из взаимодействующих между собой и образующих паттерны психологической организации.

Лазарус (Lazarus А. А.) утверждает, что уверенное поведение воплощает «эмоциональную свободу», позволяющую человеку отстаивать свои права.

Цели тренинга:

1) повышение осведомленности о правах личности;

2) умение различать неуверенность, уверенность и агрессивность;

3) обучение вербальным и невербальным навыкам.

Последний пункт включает умение сказать «нет», попросить об одолжении или обратиться с просьбой, выразить позитивные или негативные чувства, вступить в разговор, поддержать и окончить его.

Тренинг начинается с определения тех специфических ситуаций, в которых пациент обычно ведет себя неадаптивно, т. е. неуверенно либо агрессивно. Нет доказательств существования обобщенной личностной черты — уверенности, но есть большое количество опросников, помогающих оценить реакции пациента в различных ситуациях. Среди них опросник уверенности Вольпе—Лазаруса (Wolpe J., Lazarus А. А.) и др.

Если нужно оценить поведение пациента в трудной ситуации, то ему предъявляют аудио- или видеозапись такой ситуации и оценивают его реакцию на нее. Можно провести ролевую игру неконструктивного поведения (взаимодействия). Если пациент чувствует себя неуверенно или ведет себя агрессивно при любых обстоятельствах, то тренинг сочетают с другими, более общими видами терапии. Если же пациенту необходимо повысить чувство уверенности лишь в некоторых специфических ситуациях, то этот метод применяется изолированно. Часто пациенты сопротивляются тренингу из-за культурных, семейных или религиозных запретов на уверенное поведение. Это требует внимательного отношения, и для большей эффективности тренинга необходимы соответствующие его модификации.

Не существует единой программы данной формы тренинга. Курс занятий определяется, как правило, личными предпочтениями психотерапевтов. Тем не менее следующие 5 процедур обычно используют для повышения уверенности: 1) приобретение ответа (обучение реагированию) — увеличивает уверенность при помощи моделирования (как открытого, так и скрытого) и инструктирования; внимание уделяется как вербальному, так и невербальному компоненту уверенного поведения; 2) воспроизведение ответа — вызывает новую ответную реакцию с помощью ролевой игры, репетиции поведения и тренировки; 3) совершенствование ответа — оттачивает и закрепляет новые формы поведения при помощи соответствующей *обратной связи*, критики и руководства; 4) когнитивное реструктурирование — бросает вызов иррациональным *убеждениям*, которые мешают проявлению большей уверенности в себе, предлагая новую информацию, повышающую уверенность; 5) генерализация опыта — попытка ввести новые формы поведения в реальную жизнь и применить их в

разнообразных ситуациях.

Этот метод (чаще — групповой) используется до тех пор, пока пациент не достигнет необходимого уровня уверенности.

Ранние формулировки теоретической основы тренинга включали либо подавление вызывающего тревогу ответа, либо отсутствие навыка (Вольпе, Лазарус). Впоследствии исследования показали также важность когнитивных факторов и факторов переработки информации в порождении неуверенного поведения. Примером могут служить иррациональные убеждения, излишне строгие эталоны для самооценки, ошибочные ожидания относительно последствий уверенного поведения.

Исследователи, работающие в данной области, в последнее время стали уделять внимание различиям в чувстве уверенности у мужчин и женщин, генерализации уверенности после тренинга, различению уверенности и агрессивности. В работах, сопоставлявших индивидуальные различия с уверенностью, изучался уровень тревоги пациента и чувство вины по поводу уверенного поведения.

**ТРЕНИНГ САМОУТВЕРЖДЕНИЯ.** Один из методов *поведенческой психотерапии*, близкий к *тренингу* уверенности в себе. Возник на базе *условно-рефлекторной терапии Сэлтера* (Salter A.).

Автор предположил, что у индивидов, неуверенных в себе, заторможенность возникает в процессе *научения*, когда их наказывают за нежелательное, неадаптивное поведение. Оценка сильных и слабых сторон навыков уверенности в себе обычно производится на ранних стадиях развития группы. Быть уверенным в себе — значит уметь определять и выражать свои желания, потребности, любовь, раздражение, критику. Пациенту предлагается: 1) составить подробный список социальных ситуаций, при которых он испытывает страх или проявляет недостаточную уверенность в себе; 2) разработать программу, в которой упражнения разделялись бы по степени трудности (хорошо бы составить картотеку, чтобы ситуации были записаны на отдельных карточках); в дальнейшем наметить несколько вариантов возможного разрешения ситуаций; 3) в каждой ситуации определить одну или несколько альтернативных поведенческих реакций, которые отражают обдуманную уверенность в себе и с помощью которых можно преодолеть страх; обсудить предложения с психотерапевтом; 4) упражняться в новых способах поведения, которых ранее не было в поведенческом репертуаре и которые прорабатываются мысленно; 5) повторять запланированные начинания в изменении поведения по степени трудности, поделить роль с одним из партнеров или тренироваться перед зеркалом; реакции, которые не возникали до сих пор, необходимо закрепить, прочувствовать, а затем перенести в критическую ситуацию; 6) не застревать на определенном поведении; существует возможность прореагировать агрессией в критической ситуации, несколько отличной от смоделированной; 7) справляться с эпизодами страха или тревоги при социальных контактах (обучение *релаксации*, тренингу самоинструкций); попросить партнера рассказывать о производимом впечатлении, особое внимание обращать на невербальное поведение; 8) сознательно просматривать отдельные ситуации из плана, постоянно упражняться на практике; не приступать к другой ситуации, пока не приобретен навык в разрешении предыдущей; 9) постоянно закреплять успех через повторение.

Т. с. разделяется на 2 ступени: первая охватывает работу в среде (просьба-требование, отказ при столкновении со сложными ситуациями на улице, в магазине и т.д.); вторая — умение защищать себя (уверенное «да», «нет» авторитетному лицу, отстаивание собственной точки зрения, критика своего начальника). Заключительный этап тренинга — обучение защите от агрессии других. Группы Т. с. связаны с иными психокоррекционными группами. Уверенное поведение ведет к повышению самооценки, уверенные ответы составляют один из вариантов коммуникации, который помогает участникам в достижении «взрослого» поведения и *самоактуализации*.

Используется Т. с. для лечения больных неврозами, тормозимыми психопатиями и подростков с различными нарушениями поведения.

**ТРЕНИНГ СЕНСИТИВНОСТИ.** Одна из форм группового динамического тренинга. Термин «сенситивность» в данном контексте понимается как способность предсказывать мысли, чувства и поведение другого человека, как способность воспринимать, понимать, запоминать и структурировать социально-психологические характеристики других людей или группы и на основании этого прогнозировать их поведение и деятельность.

Смит (Smith H., 1973) выделяет 4 вида сенситивности: наблюдательская сенситивность (способность наблюдать, т. е. видеть и слышать другого человека и запоминать при этом, как он

выглядел и что говорил), теоретическая сенситивность (способность применять различные теории для *интерпретации* и прогнозирования поведения, чувств и мыслей других людей), номотетическая сенситивность (способность понимать типичного представителя той или иной социальной группы и использовать это понимание для прогнозирования поведения людей, принадлежащих к данной группе), идеографическая сенситивность (способность понимать своеобразие данного человека).

Термин Т. с. используется в литературе достаточно широко и может обозначать разнообразные виды группового тренинга. Так, Рудестам (Rudestam K., 1982) рассматривает Т. с. как разновидность Т-групп, имеющую своей целью общее развитие индивида посредством выявления жизненных ценностей человека и усиления чувства самоидентичности. С точки зрения Рудестама, Т-группы различаются между собой по целевому назначению: одни из них ориентированы на развитие умений, способствующих повышению эффективности организационной деятельности, другие — на формирование межличностных отношений и изучение процессов, происходящих в малых группах. Для групп сенситивности улучшение группового функционирования и развитие личностных умений являются вторичными по отношению к общему развитию личности. Однако и в таком коллективе сохраняется контекст понимания группового процесса, что является отличительной чертой всех типов Т-групп. *Роджерс* (Rogers C. R.) считал термин Т. с. более общим по отношению к термину «Т-группы». Выделяя 2 основные формы групповой работы (Т.с. и группы организационного развития), он относил к «Т. с.» Т-группы и *группы встреч*. Некоторые авторы относят к Т. с. также и так называемые группы организационного развития, отмечая при этом, что группы могут различаться в зависимости от того, что является целью работы и находится в центре внимания — организационные структуры или индивидуальное развитие. В рамках такого подхода Т. с. может быть ориентирован, например, на конфликты между служащими и руководителями, на поиск путей их разрешения для снижения напряжения и отчужденности и повышения продуктивности совместного труда. В таких группах целью является тренинг эффективной групповой деятельности в противоположность авторитарному управлению, а также замена фасадного ролевого поведения открытостью и искренностью.

В качестве основной задачи Т. с. большинство авторов рассматривают и совершенствование способности человека понимать других людей. Л. А. Петровская (1982), анализируя зарубежную литературу, указывает, что обычно выделяют два уровня целей: непосредственные и метациели, или цели более высокого уровня. К последним относят: 1) формирование у индивида духа исследования, готовности экспериментировать со своей ролью; 2) развитие *аутентичности* в межличностных отношениях; 3) расширение межличностного сознания (т. е. знания о других людях); 4) выработка способности вести себя с окружающими в сотрудничающей, а не авторитарной манере, и пр. К непосредственным целям относят: рост самосознания участников, связанный с получением сведений о том, как другие воспринимают поведение каждого; обострение чувствительности к групповому процессу, поведению других, связанное прежде всего с восприятием более полного ряда коммуникативных стимулов, получаемых от других (обычно, формулируя эту цель, используют понятие *эмпатии*): понимание условий, которые затрудняют или облегчают функционирование группы; развитие диагностических умений в межличностной сфере; развитие умений успешно вмешиваться во внутригрупповые и межгрупповые ситуации; обучение тому, как учиться.

Ю. Н. Емельянов (1985) выделяет следующие задачи Т. с.:

- 1) повышение уровня самопонимания и понимания других;
- 2) чувственное понимание групповых процессов, познание локальной структуры;
- 3) развитие ряда поведенческих навыков.

Иногда в качестве основной цели выделяют обучение и тренинг возможностей, усиливающих социальную компетенцию.

В самом общем виде цели Т. с. могут быть определены как обострение чувствительности к групповым процессам, к собственной личности и другим людям. Повышение восприимчивости к групповым процессам, к собственной внутренней жизни и внутренней жизни других людей, к своим и чужим ролям, позициям и установкам, воспитание открытости, искренности и спонтанности осуществляется при Т. с. за счет использования межличностного взаимодействия и межличностных взаимоотношений, анализа группового процесса, таких феноменов, как групповые цели и нормы, роли, групповая структура, проблемы руководства и лидерства, групповые конфликты и групповое



напряжение и т. д. В этом отношении Т. с. имеет много общего с *групповой психотерапией*, однако в отличие от нее практически полностью ориентирован на ситуацию «здесь и теперь», исследование группового процесса, того, как человек действует в коллективе, в чем состоит его влияние на других и как можно улучшить то, что он делает.

Т. с. находит широкое применение в подготовке специалистов в области психотерапии, в частности при обучении *групповых психотерапевтов*. Использование этой формы тренинга позволяет развивать у будущих врачей чувствительность к групповому процессу, способность к его более адекватному пониманию и использованию в ходе групповой психотерапии, умение оценивать отношения, установки, психологические проблемы и внутренние конфликты людей на основании анализа межличностного взаимодействия, а также способствует углубленному пониманию собственной личности, собственных установок, позиций, отношений, потребностей и мотивации. При подготовке психотерапевтов Т. с. может быть направлен как на решение отдельных задач (например, только на повышение чувствительности к групповым процессам или на становление более глубокого и адекватного самопонимания), так и на реализацию в процессе занятий более широких возможностей, предоставляемых данной формой тренинга.

**ТРЕНИНГОВАЯ ГРУППА.** Группа, в которой проводится *тренинг* какой-либо определенной ориентации или *групповая психотерапия*. Состав Т. г., особенность происходящих в ней процессов, цели и методика работы зависят от исходной теоретической позиции, принципов и критериев выделения отдельных теоретических категорий.

В современной теории Т. г. сосуществуют различные подходы, исторически развивавшиеся по нескольким направлениям. Можно указать три основных.

Первое и самое раннее связано с опытом проведения психотерапии с группой пациентов. Это полумагические опыты *Месмера* (Mesmer F. A., 1734-1815), который проводил процедуру «передачи лечебных флюидов» группе пациентов, страдающих различными соматическими и психическими заболеваниями. Более осознанное использование групповых эффектов для усиления воздействия *индивидуальной психотерапии* приписывается в современной литературе Пратту (Pratt J.), бостонскому врачу, работавшему в 30-е гг. XX в. Практика группового *психоанализа* была использована учеником *Фрейда* (Freud S.) *Адлером* (Adler A.) и последователями Уэндером (Wender L.), Шильдером (Schilder P.) и Барроу (Burrow T.). Последний ввел термин «групповой анализ». *Морено* (Moreno J. L.) в 1932 г. термином «*групповая психотерапия*» назвал групповую работу пациентов, проходящих психодраматическую терапию. Позднее подобный подход использовали и психотерапевты других направлений, в частности *Перлс* (Perls F. S.), работая с гештальт-группами.

К эмпирическим попыткам психотерапевтов применять групповые формы проведения психотерапии присоединились психологи, занимавшиеся проблемами социальной психологии, что можно рассматривать в качестве второго направления в развитии Т. г. Приоритет в изучении специфических процессов взаимодействия участников групп в современной литературе отдается Левину (Lewin K.), разработавшему «теорию поля». Левин и его сотрудники сосредоточили внимание на изучении поведения малых групп. Под малой группой в социальной психологии понимается такая относительно небольшая группа, участники которой находятся в непосредственном личном общении и взаимодействии. С этого момента понятие Т. г. прямо связано с понятием «малая группа». С некоторыми оговорками можно считать, что практически любой вариант групповой работы, предполагающий интеракционное взаимодействие участников, будь то *социально-психологический тренинг* или групповая психотерапия, проводится именно в малых группах. С точки зрения социальной психологии, малая группа для таких целей — уникальный объект. С одной стороны, она включает разных людей и тем самым расширяет возможности использования технологий, развивающих способности межличностного взаимодействия (группа как модель микросоциума), с другой — такая группа вполне управляема. В силу ее «промежуточного положения» в ней сосуществуют процессы диадного взаимодействия и почти все значимые эффекты социального плана. Впоследствии веским аргументом в пользу большей эффективности групповых занятий в психотерапии по сравнению с индивидуальными стало открытие того факта, что практически все социальные воздействия на конкретную личность опосредуются малыми группами, в которые данная личность включена. Это выявило новые возможности проведения психотерапии, позволившие оказывать психотерапевтическую

помощь без отрыва человека от его реальных микросоциальных связей. Дальнейшее развитие теории малых групп помогло определить эффекты влияния Т. г. на участника. В современной социальной психологии разрабатываются следующие аспекты группового влияния: влияние (взаимовлияние) участников группы, т. е. специфические эффекты, обусловленные составом Т. г., целями, особенностями ролевого взаимодействия и процессом формирования групповых норм, поведением лидера группы (легитимного и неформального), *групповой динамикой*. Отдельно разрабатываются вопросы групповой этики и психологического риска для участников Т. г.

Подбор пациентов при любом варианте тренинга — важный аспект, зачастую определяющий эффективность и последствия участия в работе Т. г. В зависимости от целей проведения и концептуальной базы различают Т. г.: по возрастному признаку (Т. г. для детей, подростков, взрослых, людей пожилого возраста), по клиническим характеристикам (Т. г. для больных неврозами, больных психическими заболеваниями в состоянии ремиссии, кризисных пациентов и суицидентов и др.), по профессиональному признаку (при проведении обучающих и коммуникативно-ориентированных Т. г.), по социальному статусу (в некоторых случаях оправдано проведение обучающего и коммуникативного тренинга для руководителей определенного уровня) и по другим признакам. Общими принципами отбора для любых Т. г. являются показания для участия в Т. г. и личная мотивация участников.

Цели Т. г. могут быть различными: обучение навыкам саморегуляции, развитие общих коммуникативных возможностей и обучение специальным коммуникативным навыкам, личностный рост участников. Цель проведения Т. г. — не просто декларация направленности, но и в существенной мере процесс организации группового контекста. Важность постановки цели Т. г. в первую очередь определяется сосуществованием различных моделей психотерапии, которые имеют разные цели и задачи, но зачастую используют сходные технические приемы. В качестве примера важности постановки цели для формирования направленности группового процесса в Т. г. может служить применение *групповой дискуссии* (приема, использующегося практически во всех без исключения Т. г. разной направленности) в социально-психологическом тренинге для рефлексии эффективности коммуникативной стратегии участников группы и в личностно-ориентированном тренинге с целью рефлексии эмоциональных причин неадаптивного поведения.

Существует множество описательных подходов, классификаций групповых ролей, из которых можно выделить два основных. Представители первого подхода считают, что групповые роли распределяются на ранних стадиях формирования группы, развиваются, но в различных группах и стадиях групповой динамики обнаруживают сходство. Другие утверждают, что специфические групповые роли существуют скрыто внутри группы, составляют внутреннюю групповую суть и не проявляются до тех пор, пока не возникнет необходимая ситуация, требующая актуализации определенной роли, и какой-либо участник не примет ее на себя. Отражением последнего подхода является и точка зрения о том, что групповая роль возникает на этапе разрешения группового противоречия как некая тенденция группового сознания. Чаще других в классификациях приводятся следующие групповые роли: лидер, звезда, помощник психотерапевта, «козел отпущения», моралист и т. д. Характер проявления групповых ролей, их интенсивность, гибкость ролевого поведения отдельных участников определяются нормами поведения, принятыми в группе. Наличие адекватных норм и их динамика на начальных этапах Т. г. способствуют формированию общего группового контекста и направленности группы (например, искреннему выражению чувств, взаимодействию друг с другом на основе личных желаний, высокому уровню самораскрытия и др.). Важное значение для Т. г. имеет позиция и роль руководителя группы, что также зависит от целей и задач Т. г., однако общим принципом является требование высокого профессионального уровня психотерапевтов и психологов, ведущих группу, способностей к гибкому ролевому поведению и возможности к свободному от роли общению и поведению.

Групповая динамика анализируется различными исследователями группового процесса. Многие авторы описывают так называемые фазы групповой динамики, но в социальной психологии разделяется мнение о последовательной смене фаз (Bennis W., Shepard H., 1974). Как правило, выделяются: фаза ориентировки и зависимости, фаза напряжения и агрессии, фаза формирования рабочей группы, фаза рабочей группы. Такая тенденция динамики свойственна в полной мере группам тогда, когда ведущие психотерапевты или психологи «не останавливают» групповую динамику. По этой классификации

группа движется от состояния зависимости от формального лидера, через *конфронтацию* и возможность отвечать за качество принимаемых решений к решению индивидуальных и групповых целей, от жесткого (привычного) ролевого поведения к гибкому ролевому поведению, к открытому аутентичному (безролевому) поведению. Групповая динамика свойственна всем свободно развивающимся группам, однако не во всех вариантах ориентации Т. г. считается полезной. Кроме указанного можно отметить и другие варианты развития группы и поведения участников. Примером иной формы динамики является процесс развития саморефлексии и *самоанализа*, ассоциативного и образного осмысления собственных целей и экзистенциального опыта в группах так называемого экзистенциального тренинга (Kosciunas R., 1991).

Третьим направлением в развитии Т. г. можно считать недирективный подход *Роджерса* (Rogers C. R.) и его последователей, считавших, что терапия или консультирование, центрированные на клиенте, имеют дело главным образом с наблюдающимися в данный момент ситуативными конфликтами. Поведение руководителя является либеральным, недирективным, направленным на взаимодействие участников группы. Роджерс рассматривал руководителя группы как равного партнера для других участников, формирующего спонтанное взаимодействие «Я — Ты», не обремененное традиционными правилами и ограничениями. Новаторство этого подхода заключалось в использовании группового опыта для разрешения трудностей отдельных участников (так называемые *группы встреч*).

В современных Т. г. в том или ином виде сосуществуют указанные подходы, в разной мере акцентируя основные тенденции, что позволяет условно разделять их по направленности терапии: терапия в группе, терапия группы и терапия группой.

Таким образом, Т. г. — это сложный и многообразный феномен, для адекватного использования возможностей которого необходим большой групповой опыт и специальная подготовка руководителей Т. г.

См. также *Лабораторный тренинг, Обучение в области психотерапии, Тренинг.*

**ТРИАДА РОДЖЕРСА.** Роджерс (Rogers C. R.), автор *клиент-центрированной психотерапии*, указывает на необходимые условия успешного психотерапевтического процесса, которые в целом достаточны независимы от частных характеристик самого пациента. Среди них он называет 3 условия, относящиеся к личности психотерапевта.

#### 1. Психотерапевт конгруэнтен в отношениях с пациентом.

Конгруэнтность, или подлинность, психотерапевта означает необходимость правильной символизации психотерапевтом его собственного опыта. Под опытом понимаются как неосознаваемые события, так и феномены, представленные в сознании (все, что потенциально доступно сознанию) и относящиеся к определенному моменту, а не к некоторой совокупности прошлого опыта. Открытость опыту означает, что каждый стимул, внутренний или из внешней среды, не искажается защитным механизмом (как относительно эмоциональной окраски, так и относительно воспринимаемого значения). Форма, цвет или звук из окружающей среды, или следы памяти из прошлого, или висцеральные ощущения, страх, наслаждение, отвращение и т. д. — все это вполне доступно для индивидуального сознания. *Осознание* — это символическая репрезентация, не обязательно в виде вербальных символов, некоторой части опыта.

Когда Я-переживание (т. е. информация о воздействии сенсорных или висцеральных событий в данный момент) символизируется правильно и включается в Я-концепцию (представление о себе самом), тогда возникает состояние конгруэнтности «Я» и опыта. У личности, открытой для опыта, Я-концепция символизируется в сознании вполне конгруэнтно с опытом. Если психотерапевт переживает угрозу или дискомфорт в отношениях, а осознает лишь принятие и понимание, то он не будет конгруэнтен в данных отношениях и психотерапия не будет полноценной. Не следует ожидать от психотерапевта, чтобы он всегда был конгруэнтной личностью. Достаточно, чтобы каждый раз при непосредственных отношениях с определенным индивидом он целиком и полностью был бы самим собой, со всеми присущими ему переживаниями данного момента, правильно символизированными и интегрированными.

#### 2. Психотерапевт переживает безусловную положительную оценку по отношению к пациенту.

Обычно в определение положительной оценки входят такие понятия, как сердечность, расположение, уважение, симпатия, принятие и др. Безусловно положительно оценивать другого —

значит оценивать его позитивно, независимо от того, какие чувства вызывают определенные его поступки. Поступки могут оцениваться по-разному, но принятие, признание индивида не зависят от них. Психотерапевт ценит личность пациента в целом, он в равной мере чувствует и проявляет безусловную положительную оценку как тех переживаний, которых боится или стыдится сам пациент, так и тех, которыми тот доволен или удовлетворен.

### 3. Психотерапевт эмпатически воспринимает пациента.

Обладать *эмпатией* — означает воспринимать субъективный мир, охватывающий весь комплекс ощущений, восприятий и воспоминаний другого, доступных сознанию в данный момент, воспринимать правильно, с присущими эмоциональными компонентами и значениями, как если бы воспринимающий сам был этим другим человеком. Это значит — ощущать боль или удовольствие другого так, как чувствует это он сам, и относиться, как он, к причинам, их породившим, но при этом ни на минуту не забывать о том, что это «как если бы» (если это условие утрачивается, то данное состояние становится состоянием идентификации). Знания субъективного мира пациента, полученные эмпатически, приводят к пониманию основы его поведения и процесса изменения личности.

При отсутствии этих трех условий психотерапевтический процесс не может быть полноценным.

Каждый психотерапевт отвечает этим условиям до некоторой определенной степени, и, как замечает Роджерс, «одни несовершенные люди способны оказывать психотерапевтическую помощь другим, также несовершенным людям»; однако чем более выражены эти условия, тем более успешным будет психотерапевтический процесс и тем более значительной будет степень происходящей при этом интеграции личности.

## У

**УБЕЖДЕНИЕ.** Представляет собой применяемый в психотерапии метод психологического воздействия на сознание пациента посредством изменения его прежних суждений. У. составляет основу *рациональной психотерапии*. Коррекция неадекватного восприятия болезни осуществляется преимущественно с помощью У. Психотерапевт в соответствии с поставленной задачей производит отбор фактов и их логическое упорядочивание, с тем чтобы подвести пациента к нужным выводам. В беседе с больным он рассматривает и тщательно анализирует все объективные и субъективные данные, раскрывая пациенту действие механизмов возникновения и развития расстройств. Вслед за этим психотерапевт переходит к У., добиваясь изменения отношения пациента к болезни и лечению.

В рациональной психотерапии Дежерина (Dejerine J.), в отличие от Дюбуа (Dubois P.), У. основано в большей мере на эмоциональном, чем на интеллектуальном воздействии. В его психотерапии рассуждения приобретают действенную силу, если сопровождаются эмоциональным влиянием. Логические доказательства врач предлагает пациенту для обдумывания, переживания и принятия.

Невозможно отделить от У. суггестивный элемент, связанный с авторитетной личностью врача и влияющий на эффективность У. В. М. Бехтерев (1911), описывая метод «лечения перевоспитанием», считал полезным сочетание У. и *внушения*, особенно для больных со слабо развитой критикой, в частности для детей, с целью укрепления воли и формирования новых ассоциаций. Он подчеркивал важность привития больному с помощью У. более высоких нравственных взглядов для укрепления «Я» пациента или переориентации на другие цели и виды деятельности.

Моральное У. является в той или иной степени составной частью любой формы психотерапии, даже если психотерапевтом оно не декларируется и не осознается. Психотерапевт сознательно или невольно обучает пациента конструктивному образу жизни, т. е. убеждает его принять личную ответственность за собственные поступки и активную роль в управлении своей жизнью, и в целом передает ему свою философию зрелого, независимого и ответственного человека.

Переубеждение (персуазия) — процесс замены (изменения, переделки, трансформации) ранее сформированного убеждения новым под влиянием дополнительной или разъясняющей информации, полученной из разных источников и в различных ситуациях. Переубеждение в психотерапии имеет целью последовательное и направленное формирование убеждений, изменяющих в терапевтическом

направлении представления пациента о механизмах его заболевания, его лечении и прогнозе.

Следует отметить, что хотя У. как метод преимущественно рациональной психотерапии приводит к расширению информационной стороны сознания, к укреплению некоторых личностных установок или коррекции ошибочных взглядов, но он недостаточно эффективен при решении задач изменения личности, реконструкции нарушенных ее отношений, послуживших источником патологических расстройств.

См. также *Рациональная психотерапия, Сократовский диалог.*

**УПРАВЛЕНИЕ ФАНТАЗИЯМИ В ГИПНОТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ПО МЮЛЛЕРУ-ХЕГЕМАННУ.** Мюллер-Хегеманн (Muller-Hegemann D.) известен как автор модификации *аутогенной тренировки* Шульца (Schultz J. H.). В системе построения занятий он в большей мере, чем Шульц, использовал образные представления, одновременно снижая удельный вес внутренней речи. Мюллер-Хегеманн (1978) рекомендует использовать прием «управления фантазиями», который состоит в том, что пациенту, находящемуся в состоянии гипнотического погружения, предлагают образно воспроизвести в сознании травмирующую ситуацию и мысленно ее преодолеть. В ходе гипнотических сеансов путем направления фантазийных образов в нужное русло достигается предварительное разрешение травмирующей ситуации в воображении пациента. Этот метод, по мнению автора, может оказаться эффективным даже при тяжелых obsessивных и фобических неврозах, резистентных к другим психотерапевтическим методам. Методика близка многочисленным приемам использования в психотерапии воображения пациента. В. С. Лобзин (1986) предложил метод зрительной репродукции воспоминаний с их *вербализацией* при некотором управлении пациентом восприятием образов в состоянии аутогенного расслабления. Он также упоминает об использовании подобных методов в гипнотическом или наркотическом сне А. М. Свядошем (1982). Близки к психотерапевтическому приему «управления фантазиями» *кататимные образные переживания по Лейнеру*. Можно также упомянуть *проекцию во времени по Лазарусу*. Пациент вводится в гипнотическое состояние, и далее психотерапевт помогает ему создать в воображении будущую жизнь, наполненную приятными событиями.

**УСЛОВНО-РЕФЛЕКТОРНАЯ ТЕРАПИЯ СЭЛТЕРА.** Основателем раздела *поведенческой психотерапии*, который сейчас носит название «*тренинг самоутверждения*», считается Сэлтер (Salter A.). Опираясь на учение И. П. Павлова о классических условных рефлексах, используя прежде всего представления о возбуждении и торможении применительно к поведению, в своей книге «Условно-рефлекторная терапия» (1949) Сэлтер предложил программу для работы с пациентами, обладающими довольно ограниченным репертуаром стереотипов поведения и поэтому испытывающими чувство неполноценности, имеющими трудности в реализации своих обычных желаний, характеризующихся дефицитом спонтанности в выражении чувств.

Его программа «экспрессивного *тренинга*» включала несколько последовательно реализуемых задач:

- 1) обучение эксплицитному (внешнему) выражению чувств, особенно связанных с областями интерперсонального взаимодействия;
- 2) обучение согласованности внутреннего субъективного восприятия эмоций и их внешнего, мимического и пантомимического, выражения;
- 3) закрепление новых стереотипов поведения с получением дифференцированной *обратной связи* (информации) от окружающих;
- 4) обучение использованию местоимения «я» при высказывании своих желаний с принятием большей ответственности и осознанием ее;
- 5) тренинг усиления способности к спонтанности и гибкости в поведении как в условиях группы, так и в реальной жизни;
- 6) обучение использованию самоподкрепления в виде самоодобрения и самопохвалы.

Метод Сэлтера начал применяться почти через 10 лет после его опубликования. Толчком для этого явилась другая программа работы с такого рода пациентами, предложенная Вольпе (Wolpe J.), который опирался на свое понимание механизмов действия *систематической десенсибилизации*. С его точки зрения, причиной неуверенности индивида является социальный страх, который должен стать основной мишенью воздействия. Страх преодолевается с помощью новых стереотипов поведения —

поведения самоутверждения. В дальнейшем осуществляется закрепление их в более сложных условиях. В этом тренинге использовались следующие приемы:

- 1) вербальное информирование и инструктирование, позитивное одобрение поведения самоутверждения;
- 2) поведенческие упражнения различной степени трудности; поэтапное выполнение пациентом упражнений для усвоения навыков прямого выражения своих чувств, желаний;
- 3) принятие новой философии жизни — философии активного отношения к ней;
- 4) закрепление новых стереотипов поведения вне терапевтического кабинета.

Другой известный представитель поведенческой психотерапии, Лазарус (Lazarus A. A.), рассматривал тренинг самоутверждения как способ преобразования агрессии, направленной на себя, в агрессию, направленную на других, но в социально приемлемой форме, приобретение пациентом «социальной компетентности». Достижение последней, с его точки зрения, состоит в умении выражать свои желания, требования, просьбы, в способности сказать «нет», внешне проявлять в поведении позитивные и негативные чувства, начинать, поддерживать и заканчивать беседу, не поступаясь своими интересами.

Таким образом, тренинг самоутверждения может использовать разные стратегии в зависимости от теоретических установок авторов. Однако эти различные подходы объединяет несколько общих аспектов, прорабатываемых всеми ими.

1. Концепция «Я». Негативная концепция «Я», сложившаяся в онтогенезе, часто предопределяет неудачный результат действия (эффект ожиданий по Бандуре (Bandura A., 1977)). Поэтому тренинг самоутверждения обязательно должен включать когнитивную перестройку. Пациенту следует научиться распознавать автоматические мысли (типа «Это у меня не получится», «Это мне не удастся» и др.), самопрограммирующие его, и заменить их на позитивные. В некоторых случаях возможен этап усвоения когний, девальвирующих значимость неудачных действий. Изменение когнитивного компонента самооценки требует и изменения оценки реакции окружающих на поведение пациента, приобретения способности дистанцироваться от ситуации действия.

2. Социальная компетентность включает повышение способности к социальной дискриминации, приобретение большей гибкости в понимании контекста действия, расширение репертуара поведенческих реакций. Достижение социальной компетентности осуществляется с помощью увеличения числа вариантов восприятия ситуации, при этом особое внимание обращается на первые действия в ситуации (выбор первого шага).

3. Работа по торможению страха строится на разрушении стереотипа избегания опасной ситуации и выработке активного поведения преодоления.

Поскольку тренинг самоутверждения связан со взаимодействием, то он осуществляется, как правило, в группе. При проведении тренинга нужно исходить из принципа достижения максимально эффективного стереотипа.

## **\_Ф\_**

**ФАЗЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЫ.** Это этапы группового процесса, характеризующиеся специфическими видами активности и взаимодействия участников группы и выполняющие различные функции.

Специфический фазный характер процесса *групповой психотерапии*, который обнаруживается на уровне как общегрупповых переменных, так и индивидуально-психологических показателей, признается психотерапевтами-практиками и исследователями групповой психотерапии. Существование различной периодизации группового процесса определяется разными теоретическими ориентациями, схемами наблюдения и параметрами, исследование которых послужило основанием для выделения определенных Ф. р. п. г. Однако на описательном уровне у большинства авторов обнаруживается больше сходства, чем различий, что позволяет говорить об относительно едином понимании процесса групповой психотерапии.

Первая Ф. р. п. г. представляет собой период образования группы как таковой и совпадает с

поступлением пациентов в клинику и их адаптацией к новым условиям. Пациенты имеют различные установки и ожидания относительно лечения: более или менее реалистические, оптимистические или пессимистические, направленные на выздоровление или амбивалентные, но практически для всех вначале характерны преувеличение роли фармакотерапии и симптоматических методов лечения, отсутствие адекватных представлений о психотерапии вообще и групповой психотерапии в частности, стремление перенести ответственность за процесс и результаты лечения на психотерапевта, непонимание значения собственной активности в достижении положительных результатов лечения, ожидание от врача директивного поведения в роли руководителя. Эти установки проявляются в надежде на различного рода направляющие инструкции психотерапевта, пациенты ждут от него указаний, руководства, активных действий. Типичны также приписывание психотерапевту роли учителя, вера в «магию белого халата». Больные говорят о своих симптомах и самочувствии, пытаются обсуждать общие или малосущественные проблемы. Несоответствие поведения психотерапевта ожиданиям пациентов вызывает у последних беспокойство, которое накладывается на индивидуальную тревогу и напряжение, связанные с началом лечения, отрывом от привычной обстановки, страхом перед неизвестной формой лечения, наличием симптоматики (а иногда и с ее усилением в этот период), а также с внутриличностными и межличностными проблемами. Все это вместе создает в группе высокий уровень напряжения, что является характерной чертой первой Ф. р. п. г. Иногда в этой фазе может наблюдаться период, обозначаемый как псевдосплоченность и представляющий собой псевдотерапевтическую, неконструктивную активность пациентов. Псевдосплоченность чаще реализуется в 3 основных вариантах. Первый может быть обозначен как «мы очень хорошие». Такая ситуация складывается, если группа состоит из достаточно активных пациентов, имеющих сходный довольно высокий социальный статус и считающих интеллектуальные компоненты психотерапии очень важными. В группе, состоящей из таких пациентов, период знакомства, занимающий, как правило, первое занятие, иногда растягивается на несколько сеансов и превращается в длительный рассказ каждого, направленный на «драматизацию» объективной жизненной ситуации, утрированное подчеркивание «объективных» причин своего заболевания, обвинения окружающих, перенесение на них ответственности за «все беды». Тогда иллюзия «уникальности собственных страданий» сменяется ощущением «уникальности страданий собравшихся в группе людей», которые, будучи «честными, искренними, порядочными, справедливыми, ответственными, чувствительными» гораздо сильнее, чем все другие — «толстокожие как слоны, безответственные», мучаются от несправедливости и несовершенства человеческой жизни и отношений. На этом фоне и формируется псевдосплоченность, препятствующая выработке терапевтических норм и дальнейшему развитию группы в терапевтическом направлении. В данном случае можно говорить, что основой псевдосплоченности является «псевдоэмоциональная поддержка». Второй вариант псевдосплоченности может сформироваться на основе «научности». Это наблюдается, если группа, безрезультатно требуя от психотерапевта теоретических обоснований, сама (обычно при наличии пациентов, профессионально причастных к медицине, психологии, физиологии, педагогике) начинает выдвигать и обсуждать концепции, касающиеся стресса, механизмов невротических расстройств, особенностей человеческой психики и общения и т. д. И наконец, третьим вариантом псевдосплоченности может являться ситуация «козла отпущения», на котором длительное время неконструктивным образом концентрируется внимание группы. Такая роль чаще всего отводится пациенту, резко отличающемуся своим поведением от других членов группы (например, пациент — представитель «молодежной культуры»). Этот феномен можно обозначить как псевдоконфронтацию.

В группе, развитие которой характеризуется наличием периода псевдосплоченности, обычно все заканчивается взаимными советами, которые каждый из членов группы слышал в своей жизни много раз и не раз имел возможность убедиться в их абсолютной бесполезности. Такая группа неизбежно разочаровывается в избранной позиции и начинает понимать ее непродуктивность. Задача психотерапевта в этот период заключается в том, чтобы помочь группе вскрыть подлинный смысл происходящего, ее конфликтогенность и непродуктивность, защитный характер, сходность с позициями пациентов в реальной жизни. Выход из такой ситуации сопровождается новым повышением напряжения в группе, обусловленным осознанием неконструктивности сложившейся ситуации и ощущением истощенности собственных возможностей ее разрешения. Формально псевдосплоченность

— негативное явление, так как замедляет процесс выработки групповой культуры, однако ее наличие может сыграть важную положительную роль, поскольку группа приобретает первичный опыт анализа и переработки возникающих трудных ситуаций. Независимо от наличия или отсутствия псевдосплоченности первая Ф. р. п. г. в целом характеризуется пассивным, зависимым поведением пациентов и высоким уровнем напряжения в группе. В литературе эта фаза чаще всего получает такие названия, как «фаза ориентации и зависимости», «фаза псевдоинтеграции», «фаза пассивной зависимости», «фаза напряжения», «фаза поиска смысла», «фаза регрессивности», «фаза неуверенности».

Вторая Ф. р. п. г. также характеризуется высоким уровнем напряжения, но, в отличие от первой фазы, где напряжение сопровождается пассивностью пациентов, здесь поведение их становится более активным, аффективно заряженным, со скрытой или явной агрессией по отношению к психотерапевту. Происходит борьба за лидерство, место в группе, обостряются внутригрупповые конфликты, четко распределяются роли, растет *сопротивление*. Важной составляющей этой фазы является наличие у пациентов агрессивных чувств к психотерапевту, который воспринимается либо как непрофессионал, либо как холодный, безразличный человек, не желающий помочь группе и демонстрирующий свою оторванность, отстраненность от нее. Однако группа далеко не всегда и не сразу открыто проявляет свои чувства к психотерапевту, поскольку рассматривает его как формального лидера, официальное лицо, стоящее вне критики, выражать агрессивные чувства к которому запрещено. В таком случае в качестве объекта приложения агрессивных чувств может избираться один из членов группы либо сам метод как бы безотносительно к психотерапевту. Главными темами в этот период являются открытое выражение чувств к психотерапевту, обсуждение актуальной ситуации в группе, сопоставление взглядов и позиций ее участников, в частности касающихся ожиданий пациентов и дальнейшего функционирования группы. Помочь выйти из этой ситуации может только открытая *конфронтация* группы с психотерапевтом, а по сути — со своими собственными чувствами, так как открытое выражение чувств в отношении психотерапевта, с одной стороны, является предпосылкой для развития истинной сплоченности, а с другой — уже в этот период создает благоприятные условия для вскрытия и анализа многих значимых для пациентов проблем, таких как поиск поддержки, зависимость и самостоятельность, подчинение и доминирование, ответственность, соперничество, взаимоотношения с авторитетами (в том числе и с родителями), атрибутирование негативных эмоций и т. д. Многие из этих проблем переносятся больными на психотерапевта, и выход на них и частичная их переработка могут быть осуществлены уже на этой фазе за счет анализа взаимоотношений с психотерапевтом. В группе, прошедшей фазу псевдосплоченности, конфронтация с врачом, открытое выражение эмоций происходят более спонтанно и интенсивно. Возможно, это связано с уже имеющимся опытом анализа групповой ситуации, выражения негативных чувств без «катастрофических» последствий, а также с более высоким уровнем напряжения в группе, так как у пациентов возникает ощущение, что психотерапевт не только сам ничего не предлагает, но и не поддерживает, а, напротив, критикует их начинания.

На этой фазе разворачивается широкая дискуссия, суть которой заключается в том, что, по мнению ряда авторов, конфронтация группы с психотерапевтом является чрезвычайно травматичной для пациентов, влечет за собой непомерный рост напряжения, усиливает тревогу, поэтому прямой конфронтации следует всячески избегать. Спонтанная конфронтация группы с психотерапевтом далеко не всегда носит выраженный характер, при этом если психотерапевт занимает позицию внимательного, доброжелательного, понимающего консультанта, недирективно направляющего активность группы, то конфронтации можно вообще избежать. Однако указанная позиция психотерапевта, адекватно понимаемая и принимаемая пациентами, формируется лишь в процессе *групповой динамики*, по мере развития и структурирования группы. Как бы правильно ни вел себя психотерапевт, его поведение из-за специфики групповой психотерапии (как метода, где основным инструментом воздействия выступает не столько психотерапевт, сколько группа) первоначально всегда будет расходиться с ожиданиями пациентов. В этой фазе речь идет не столько о конфронтации с психотерапевтом, сколько о конфронтации пациентов со своими собственными ожиданиями, чувствами, конфликтами и проблемами. Опыт показывает, что попытки избежать эту фазу, игнорируя указанные явления, приводят к снижению психотерапевтического потенциала группы, активности, спонтанности и самостоятельности пациентов, искажению группового процесса и превращению его в лучшем случае в



*индивидуальную психотерапию* в группе, а также к директивной позиции психотерапевта. Кроме того, при этом часто провоцируется преждевременная, психотерапевтически бесполезная (а иногда и вредная) концентрация внимания группы на одном из участников (поиски «козла отпущения»). Конфронтация с психотерапевтом более эффективна для развития группы (и менее травматична для пациентов), так как способствует выработке групповых норм в более сжатые сроки, позволяет группе приобрести за счет психотерапевта опыт преодоления сложных ситуаций и страха перед негативными эмоциями. Именно выражение и *вербализация* негативных эмоций представляют для пациентов особую трудность, блокируют их, так как больные боятся превратиться из субъекта агрессии в ее объект. Поэтому гораздо менее травматичным для пациентов является приобретение опыта на материале, где объектом негативных чувств является психотерапевт, который к тому же способен продемонстрировать конструктивный путь выхода из подобной ситуации. Напряжение в этой фазе должно полностью контролироваться психотерапевтом и определяться как общегрупповой ситуацией, так и индивидуальными особенностями членов группы и самого психотерапевта, а также его профессиональным опытом. От степени интенсивности фазы и конструктивности ее переработки во многом зависит дальнейший психотерапевтический потенциал группы. Недостаточная проработанность этой фазы, а тем более ее игнорирование существенно влияют на ход группового процесса и периодически могут блокировать групповую активность, особенно при появлении в группе новых, более сложных и напряженных проблем. Завершением этого периода считают открытое выражение чувства к психотерапевту и анализ их причин. В литературе эта фаза обозначается как «фаза растормаживания агрессивности», «фаза борьбы», «фаза конфликта между членами группы и формальным лидером», «фаза бунта в отношении психотерапевта».

Третья Ф. р. п. г. характеризуется процессом структурирования группы, консолидацией ее норм, целей и ценностей. Проявляются активность, самостоятельность и ответственность каждого члена за себя самого, других участников и группы в целом. Формируется групповая сплоченность — важнейшее условие эффективности *психотерапевтической группы*. Совместная деятельность по разрешению кризисной ситуации, в которой большинство пациентов испытывали похожие чувства и которую решали сходным путем, совместная выработка групповых норм делают для пациента более естественным процесс принятия «групповой культуры». Таким образом, у больного развивается чувство принадлежности к группе, ответственность за ее работу. В ответ пациент получает признание группы, что оказывает влияние на степень самоуважения и принятия пациентом самого себя. В свою очередь, это повышает привлекательность группы для каждого отдельного пациента и способствует дальнейшему развитию групповой сплоченности. В литературе эта фаза называется «фазой развития сплоченности», «фазой развития сотрудничества», «фазой выработки групповых норм», «фазой взаимного распределения функций».

Четвертая Ф. р. п. г. представляет собой фазу активно работающей группы. Возникшие в предыдущей фазе сплоченность, заинтересованность участников друг в друге, *эмоциональная поддержка*, искренность, спонтанность создают возможности для развития процесса, направленного на решение собственно психотерапевтических задач. Для этого периода характерно принятие решений и использование приобретенного опыта во внеклинических ситуациях. В литературе эту фазу обозначают как «рабочую фазу», «фазу развития», «фазу целенаправленной деятельности», «фазу изменения отношений и установок», «фазу выработки новых ценностей».

В зависимости от специфики конкретной группы указанные фазы могут иметь различную продолжительность, однако в целом первые две занимают обычно от 20 до 30% времени работы психотерапевтической группы.

**ФАКТОРЫ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ПСИХОТЕРАПИИ.** Ответить на вопрос о том, какие факторы определяют лечебное действие того или иного метода психотерапии — значит приблизиться к управлению процессом психотерапии. Для выделения наиболее значимых Ф. л. д. п. использовались три подхода: исследование представлений пациентов о том, чем помог им данный метод психотерапии; исследование оценок психотерапевтов, проводящих лечение; исследование заключений независимых экспертов, не вовлеченных в психотерапевтический процесс.

Выделение тех или иных факторов в значительной степени определяется теоретическими взглядами исследователей. Поэтому в рамках каждого из основных направлений подчеркивается роль

различных Ф. л. д. п. Основные Ф. л. д. п. целесообразно рассмотреть в соответствии с тремя важнейшими планами функционирования человека: эмоциональным, познавательным (когнитивным) и поведенческим.

Преимущественно с эмоциональной сферой связаны такие факторы, как безусловное принятие, толерантность, интерес, симпатия, забота, групповая сплоченность, *катарсис*, переживание сильных эмоций, проявление интенсивных личных чувств, альтруизм, *коррективный эмоциональный опыт*, *перенос*, идентификация.

В этой же плоскости, но с ориентированностью в будущее, находятся такие факторы, как вера, надежда, которые выражают частично осознанную возможность достижения цели. *Внушение* и поддержание надежды, веры в выздоровление имеют место при всех видах психотерапии. В качестве основного механизма лечебного действия они выступают при использовании прямых суггестивных внушений, *плацебо-терапии* и некоторых других. Появление и укрепление веры у пациента в успешность психотерапии неразрывно связано с верой психотерапевта в себя и в эффективность применяемого им метода. Способность врача с первых встреч «заразить» больного уверенностью, привить ее часто предопределяет успех последующих действий специалиста. Вера в выздоровление и возникновение положительной перспективы, появление надежды неотделимы друг от друга и обращены прежде всего к «здоровой» части личности.

Наличие в группе больных с хорошими результатами от проведенного лечения, находящихся на разных этапах его, усиливает действие этих факторов (при групповой и *коллективной психотерапии*, групповых формах *гипноза*, *аутогенной тренировки* и др.). Появление перспективы становится новым мотивом, помогающим продолжать лечение и преодолевать трудности.

Преимущественно к когнитивной сфере относятся такие Ф. л. д. п., как получение новой информации, советы и рекомендации, интеллектуализация, *обратная связь*, самоэксплорация, *конфронтация*, тестирование реальности, универсальность (*осознание* и ощущение общности). В эту группу входят механизмы лечебного действия, которые в значительной степени снижают уровень неопределенности представлений пациента о своей болезни, личностных проблемах, ближайших целях и задачах, что приводит к дистанцированию от значимых переживаний, которые послужили источником декомпенсации, обесцениванию их. Происходит расширение образа «Я» за счет включения в него прежде отвергаемых его аспектов: представления о себе, своем поведении, целях, способах их реализации. В некоторых видах психотерапии изменения в этой плоскости являются определяющими — в рациональной, групповой и коллективной психотерапии, *когнитивной психотерапии*, *рационально-эмоциональной психотерапии*, *личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского*, *Исуриной*, *Ташлыкова* и др.

К поведенческой сфере могут быть отнесены такие Ф. л. д. п., как межличностное научение, имитационное научение (подражание), десенсибилизация, экспериментирование с новыми формами поведения, приобретение навыков социализации. *Научение* в широком смысле при разных формах психотерапии происходит как прямо — через инструкции, рекомендации, команды, советы, так и косвенно — путем наблюдения, моделирования, явного и неявного использования поощрения и наказания (чаще в форме социального неодобрения, неприятия). Групповые формы психотерапии для реализации научения предоставляют большие возможности. Группа позволяет пациенту исследовать особенности межличностных взаимодействий, вычленив в них конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания, выбрать адекватные стереотипы поведения в соответствии с собственными целями и с учетом ожиданий других.

**ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ АБРЕАКЦИЯ.** Предполагает использование медикаментозных средств для достижения *катарсиса* (эфир, амитал-натрий и пр.). В период, когда лекарство начинает действовать, пациент поощряется к погружению в психотравмирующую ситуацию как можно с более сильным эмоциональным реагированием (он может кричать, браниться, плакать и т. д.). Ф. а. более эффективна при неглубоком уровне вытеснения, обычно отмечаемом в случаях недлительных травматических неврозов.

**ФИЛОСОФСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПО СААКЯНУ.** Философская психотерапия по Саакяну (Sahakian W. S., 1976) — это система, использующая представления, установки, убеждения, мировоззрение (философию жизни) человека как средство изменения, контроля или совладания с его

психологическими или эмоциональными проблемами и, следовательно, влияния на его поведенческие стереотипы, психологическое и эмоциональное состояние.

Автор исходит из теоретической предпосылки, что на поведение и эмоциональное состояние человека не влияет его жизненный опыт и относительно мало влияет собственно психотравмирующий фактор. Состояние человека определяется исключительно тем, что он думает об этом факторе. Коррекция этих представлений и является основой практического применения методики.

Саакян считает причиной того, что индивид становится жертвой своего прошлого опыта и своих комплексов, лишь его веру в то, что поведение неизбежно детерминировано прошлым опытом. Если человек перестанет верить в это, он ощутит внутреннее раскрепощение, позволяющее ему свободно выбирать из тех возможностей, которые доступны реализации. Эмоциональное напряжение в принципе вызывает не трагедия, происшедшая с человеком, а установка на нее, философская интерпретация или представления, связанные с ней. Именно представления обладают силой обуславливать состояние индивида. Предлагаемая Саакяном психотерапия имеет целью корректировать представления человека о своих проблемах. Автор исходит из того, что новые представления, полученные в ходе психотерапии, должны обуславливать дальнейшее поведение больного.

В психологическом обосновании своего метода Саакян опирается на феноменологические теории личности таких авторов, как *Роджерс* (Rogers C. R.) и *Франкл* (Frankl V. E.).

Вот наиболее существенное из предлагаемых психотерапевтических вмешательств: больному рекомендуют игнорировать угрожающий объект, поскольку не он представляет собой первичный или прямой источник дискомфорта; объясняют, что первичным источником является собственно попытка преодоления или совладания с объектом, вызывающим напряжение. Что нужно сделать — это убрать не сами по себе симптомы, а то эмоциональное напряжение, которое возникает при борьбе с симптомами. В ситуации, когда человек не в состоянии освободиться от страдания, он может изменить свое отношение к нему. Эмоции пациента начинают контролироваться сами собой, как только его философский взгляд на жизнь меняется и он начинает принимать ситуацию, в которой находится.

Как видим, основным философским источником, на который опирается автор в формулировании своих психологических подходов, является философия стоиков.

**ФЛЭШ-ТЕРАПИЯ ПО БАЛИНТУ.** Методика *Балинта* (Balint M.) представляет собой оригинальный прием интенсификации *психоаналитической психотерапии*. Разрабатывая краткосрочные модели психотерапии, Балинт обнаружил, что определить фокус вмешательства можно не только с помощью классической так называемой «детективной» техники *психоанализа*, при которой на фоне сформировавшегося *переноса* и *сопротивления* больных фокус постепенно «выкристаллизовывается» из общего материала эксплорации.

Фокус может быть также определен при правильной «настройке» (tuning-in) психотерапевта на проблематику пациента, ведущей к молниеносному появлению «ага», названному Балинтом «flash» (англ. — вспышка). Переживание «флэш» не только помогает врачу быстрее найти основное направление психотерапии. Испытанные психотерапевтом при «флэш» тип реакции и конфигурация эмоций должны затем в соответствующих ситуациях адекватным образом формулироваться для больного, что создает для него и психотерапевта новые установки и ожидания. Формируется новая реальность для переживаний пациента, помогающая ему оставить прежние патогенные стереотипы поведения.

Методика Ф.-т. п. Б., по замыслу автора, должна охватывать всю проблематику больного и его защитные психодинамические механизмы. Остается, однако, открытым вопрос, насколько прием «флэш» может реально изменить характер поведения пациента в конфликтных ситуациях без интенсивной проработки проблемного материала. Балинт не столько описывает оригинальную методику психотерапии, сколько вновь открывает и систематически исследует давно используемый специалистами процесс интуитивного мышления. В отличие от традиционной, классической процедуры, сопровождающейся на значительном протяжении психотерапии формированием регрессивной, зависимой от психотерапевта позиции больного, прием «флэш» при правильном выполнении не инфантилизирует пациента, создает более благоприятные предпосылки для усиления его «Я» и, повышая свободу выбора, лучшие возможности для его переориентировки. В силу этого, по мнению Балинта, методика в особенности показана в работе с алекситимичными больными, что имеет

особое значение для психосоматической медицины.

Автор сомневается в возможности рационального обучения врачей этому методу. Он полагает, что длительные занятия в *балинтовских группах* способствуют общему усилению интуитивности мышления психотерапевта и соответственно увеличивают его возможности проводить флэш-терапию.

**ФОКАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПО МАЛАНУ.** Концепция, разработанная Маланом (Malan D. H., 1963), отражает как давние, так и современные тенденции сторонников *психоанализа* создать различные варианты краткосрочной психодинамически-ориентированной психотерапии. Еще Френч (French T. M.), стремясь к повышению эффективности и одновременно экономичности *психоаналитической психотерапии*, предпринял попытку разработать проблему актуальных, или «фокальных», конфликтов, предполагая, что устранение подобного конфликта будет сопровождаться положительными изменениями в состоянии пациента.

Этот подход, более тщательно разработанный в дальнейшем Маланом, переносит акцент в процессе психотерапии на фокальную тему, являлся одновременно уходом от анализа переживаний раннего детства, лежащего в основе *классического психоанализа*. Уже после Малана Сифнеос (Sifneos P. E., 1979) предложил близкую к Ф. п. п. М. концепцию краткосрочной динамически-ориентированной психотерапии, которая была противопоставлена суппортивной (поддерживающей) психотерапии.

Общей целью Ф. п. п. М. является исключение из психотерапевтического процесса факторов, определяющих длительность лечения, уход от «безвременности» классического психоанализа путем переноса внимания на все более отдаленные от младенческого возраста переживания пациента.

В основе Ф. п. п. М. лежит представление, часто опирающееся на высказывания пациентов о том, что их расстройство вызвано конфликтом. Терапевтическая значимость «фокуса» определяется совместно психотерапевтом и пациентом и требует ответа на следующие вопросы: стоит ли остановиться на данном конфликте с целью последующей его переработки, нужно ли его модифицировать или сформулировать заново. Избирательная настройка на фокальную тему, рассматриваемую с разных сторон, сопровождается отвержением всех других возможных тем. Малан на основании своего опыта утверждал, что опора на еще доопытную обусловленность актуально протекающих межличностных процессов не только не чужда идее ускорения и сокращения времени терапии, но даже содействует этому. «Переносные указания» в особенности плодотворны, если они попадают на «линии связи» между порождающими отношениями прошлого и отношениями, актуальными для излечения. В системе Ф. п. п. М. важным моментом является преодоление негативных эмоций (агрессия, печаль и др.), связанных с предполагаемым окончанием лечения.

Поскольку оба партнера в ходе лечения должны войти в глубокий терапевтический контакт, чтобы по возможности легче перенести неизбежно возникающее напряжение, по мнению Беккера (Becker A. M., 1982), можно ожидать усиления процесса обучения и обретения способностей преодоления социальных конфликтов и их расширения на другие объективные обстоятельства жизни пациента. Сифнеос в такой терапии видит большую самостоятельность пациента в определении своих проблем, в выборе направления их разрешения, что может смягчить более авторитарную позицию психотерапевта в классическом психоанализе.

Показания и прогноз эффективности Ф. п. п. М. определяются рядом факторов: наличием гипотезы о существовании какого-либо фокального конфликта у данного пациента; его желанием и способностями к сотрудничеству в условиях интерпретирующего конфронтационного процесса, который неизбежно сопровождается эмоциональным напряжением. Ответ на эти вопросы может быть получен лишь на основании *интерпретации* материала первых (пробных) сеансов психотерапии. Мотивация к излечению во многом определяется также характером патологического расстройства, связанными с ним страданиями и отсутствием ярко выраженного вторичного выигрыша от болезни, для которого типична связь между проявлениями болезни и социальным функционированием пациента.

С учетом указанных прогностических факторов Малан считал фокальную терапию показанной даже больным с относительно длительными и тяжелыми расстройствами, при которых ведущая роль всегда (или чаще всего) отводилась классическому психоанализу.

При описании основных механизмов лечебного действия фокальной психотерапии обычно подчеркивается роль *коррективного эмоционального опыта Александера* (Alexander F. G.), интенсивных процессов прочувствования и понимания, или «настройки на одну волну», которые

*Балинт* (Balint M.) описывал как «вспышку» между пациентом и психотерапевтом, а также процессов «самоисследования» и «опытного самопознания» *Роджерса* (Rogers C. R.).

Обосновывая эффективность фокальной психотерапии, Малан большое значение придавал «энтузиазму психотерапевта» в качестве существенного неспецифического фактора.

По мнению Беккера, важнейшую роль в Ф. п. п. М. играет вводимый в психотерапевтический процесс с самого его начала фактор «временных рамок», который интенсифицирует постановку терапевтических целей, разработку плана терапии, даже если вначале речь идет лишь о предположениях и намерениях. Здесь видны существенные различия с бесконечным или имеющим открытое и неопределенное завершение психоанализом. На второй план в этих условиях отходит вопрос, следует ли проводить от 10 до 40 психотерапевтических занятий, как предлагал сам Малан, или 20, как считал Сифнеос.

По данным многих авторов, из всех психоаналитических методик именно фокальная психотерапия часто дает наиболее убедительные результаты. Краткость и четкая целевая ориентация делают ее к тому же более доступной для контролируемых эмпирических исследований, чем в случаях применения психоанализа.

**ФРАКЦИОННЫЙ ГИПНОЗ.** Методика гипнотизации, проводимой дробным (фракционным) способом. Предложена Фогтом (Vogt O.) в конце прошлого века. Ф. г. позволяет добиться более глубоких стадий *гипноза* (до *сомнамбулизма*) путем обсуждения с пациентом его ощущений, действия гипноза, устранения настороженного, боязливого отношения к методу. С этой целью гипнотизацию проводят многократно в течение одного сеанса. Через каждые 3-5 минут гипнотизируемого выводят из гипнотического состояния, проводится обсуждение, а при следующей гипнотизации используется отчет пациента для достижения более глубокой степени гипноза. Ф. г. может быть рекомендован для малогипнабельных лиц или пациентов, настороженно относящихся к гипнозу.

**ФРАНКЛ** Виктор Эмиль (Frankl V. E., 1905 г. р.). Родился в Вене — на родине двух школ психотерапии (*Фрейда* (Freud S.) и *Адлера* (Adler A.)). В течение нескольких лет Ф. являлся активным членом Общества индивидуальной психологии, которое покинул в 1927 г. после критических выступлений в адрес некоторых ее положений. Впоследствии практически во всех его трудах встречались и Фрейд и Адлер как явные или неявные оппоненты.

Получив в 1930 г. степень доктора медицины, Ф. продолжал работать в клинической психиатрии. Уже к концу 30-х гг. в статьях, опубликованных им в различных медицинских журналах, можно найти формулировки всех основных идей, на основе которых в дальнейшем выросло здание его теории — *логотерапии* и экзистенциального анализа.

Рядом с датами 1942-1945 гг. в биографии Ф. стоит короткая строчка: пребывание в нацистских концлагерях. Опыт этих страшных лет и смысл, извлеченный из него, он описал в книге «Психолог в концлагере» (1946), вышедшей затем на разных языках общим тиражом 2,5 млн. экземпляров. Именно там получил проверку и подтверждение его взгляд на человека. В нацистском лагере можно было наблюдать, что те, кто знал, что есть некая задача, которая ждет своего решения и осуществления, были в большей степени способны к выживанию. Когда Ф. забрали в Освенцим, его рукопись, уже готовая к публикации, была конфискована, и «только глубокое стремление написать эту рукопись заново помогло выдержать зверства лагерной жизни».

В 1946 г. Ф. стал директором женской неврологической больницы, с 1947 г. преподавал в Венском университете. В 1949 г. получил степень доктора философии, возглавил Австрийское общество врачей-психотерапевтов. С 1955 г. Ф. — профессор неврологии и психиатрии женского университета.

Конец 40-х гг. отмечен всплеском творческой активности Ф.: одна за другой появляются его философские, психологические, медицинские книги. Издание его трудов на английском языке принесло ему всемирную известность. Школу Ф. стали называть Третьей венской школой психотерапии.

В это время он много ездил по миру и был одним из тех, кто констатировал в 50-60-е гг. все более широкое распространение в обществе утраты людьми смысла жизни. Ему удалось понять психологические корни этого явления и дать ответ на многие вопросы, пришедшие с новой эпохой. «Каждому времени требуется своя психотерапия», — писал Ф. Созданная им логотерапия помогает человеку в поисках смысла жизни; она отвечает на запросы времени, а потому может помочь как больным, так и здоровым людям. Как одно из влиятельных направлений современной психотерапии,

она противостоит, с одной стороны, ортодоксальному *психоанализу*, а с другой — *поведенческой психотерапии*.

Основанное на философии человеческой ответственности мировосприятие Ф. назвал трагическим оптимизмом: «Несмотря на нашу веру в потенциал человека, мы не должны закрывать глаза на то, что человеческие люди являются и, быть может, всегда будут оставаться меньшинством. Но именно поэтому каждый из нас чувствует вызов присоединиться к этому меньшинству. Дела плохи. Но они станут еще хуже, если мы не будем делать все, что в наших силах, чтобы улучшить их».

**ФРЕЙД** Зигмунд (Freud S., 1856-1939). Выдающийся врач и психолог, основатель *психоанализа*. Родился Ф. в моравском городе Фрейбурге. В 1860 г. семья переехала в Вену, где он с отличием окончил гимназию, затем поступил на медицинский факультет университета и в 1881 г. получил степень доктора медицины.

Ф. мечтал посвятить себя теоретическим исследованиям в области неврологии, но был вынужден заняться частной практикой в качестве невропатолога. Его не удовлетворяли используемые в то время для лечения неврологических больных физиотерапевтические процедуры, и он обратился к *гипнозу*. Под влиянием врачебной практики у Ф. появился интерес к психическим расстройствам функционального характера. В 1885-1886 гг. он посещал клинику Шарко (Charcot J. M.) в Париже, где гипноз применялся при исследовании и лечении истерических больных. В 1889 г. — поездка в Нанси и знакомство с работами другой французской школы гипноза. Эта поездка способствовала тому, что у Ф. сложилось представление об основном механизме функциональных психических заболеваний, о наличии психических процессов, которые, находясь вне сферы сознания, оказывают влияние на поведение, причем сам пациент об этом не знает.

Решающим моментом в становлении оригинальной теории Ф. был отход от гипноза как средства проникновения к забытым переживаниям, лежащим в основе неврозов. Во многих и как раз наиболее тяжелых случаях гипноз оставался бессильным, так как встречал *сопротивление*, которое не мог преодолеть. Ф. был вынужден искать другие пути к патогенным аффектам и в конце концов нашел их в толковании сновидений, свободно всплывающих ассоциаций, малых и больших психопатологических проявлений, чрезмерно повышенной или пониженной чувствительности, двигательных расстройств, оговорок, забывании и т. п. Особое внимание он обратил на феномен *переноса* больным на врача чувств, имевших место в раннем детстве по отношению к значимым лицам.

Исследование и *интерпретацию* этого разнообразного материала Ф. назвал психоанализом — оригинальной формой психотерапии и методом исследования. Ядро психоанализа как нового психологического направления составляет учение о бессознательном.

Научная деятельность Ф. охватывает несколько десятилетий, в течение которых его концепция претерпевала существенные изменения, что дает основания для условного выделения трех периодов.

В первый период психоанализ в основном оставался методом лечения неврозов с отдельными попытками общих заключений о характере душевной жизни. Не утратили своего значения такие работы Ф. этого периода, как «Толкование сновидений» (1900), «Психопатология обыденной жизни» (1901). Основной побудительной силой поведения человека Ф. считал подавленное сексуальное влечение — «Три очерка по теории сексуальности» (1905). В это время психоанализ начал приобретать популярность, вокруг Ф. сложился кружок из представителей разных профессий (врачей, писателей, художников), желавших изучать психоанализ (1902). Распространение Ф. фактов, полученных при изучении психоневрозов, на понимание душевной жизни здоровых людей было встречено весьма критически.

Во втором периоде концепция Ф. превратилась в общепсихологическое учение о личности и ее развитии. В 1909 г. он читал лекции в США, вышедшие затем как полное, хотя и краткое, изложение психоанализа — «О психоанализе: пять лекций» (1910). Наиболее же распространенной работой являются «Лекции по введению в психоанализ», первые два тома которых представляют собой запись лекций, прочитанных врачам в 1916-1917 гг.

В третьем периоде учение Ф. — *фрейдизм* — претерпело существенные изменения и получило свое философское завершение. Психоаналитическая теория стала основой для понимания культуры, религии, цивилизации. Учение об инстинктах было дополнено идеями о влечении к смерти, разрушению — «По ту сторону принципа удовольствия» (1920). Эти представления, полученные Ф. при

лечении неврозов военного времени, привели его к выводу о том, что войны являются следствием инстинкта смерти, т. е. обусловлены природой человека. К этому же периоду относится описание трехкомпонентной модели личности человека — «Я и Оно» (1923).

Таким образом, Ф. разработал ряд гипотез, моделей, понятий, запечатлевших своеобразие психики и прочно вошедших в арсенал научного знания о ней. В круг научного анализа были вовлечены феномены, которые традиционная академическая психология не привыкла принимать в расчет.

После оккупации Австрии нацистами Ф. был подвергнут преследованиям. Международный союз психоаналитических обществ, уплатив фашистским властям в виде выкупа значительную сумму денег, добился разрешения на выезд Ф. в Англию. В Англии его встретили восторженно, но дни Ф. были сочтены. Он умер 23 сентября 1939 г. в возрасте 83 лет в Лондоне.

**ФРЕЙДИЗМ.** Использование созданной *Фрейдом* (Freud S.) психоаналитической теории для понимания психосоматических, социально-психологических и исторических процессов, религиозных и философских представлений, художественного творчества и т. д.

В стремлении к созданию универсальных психоаналитических концепций Фрейд расширил клинический материал, полученный в ходе психоаналитической терапии пациентов с неврозами, изучением истории человечества и его культурного наследия, стремясь в мифах, обычаях, исторических событиях, памятниках литературы и искусства найти подтверждение основных положений *психоанализа*. Выводы, сделанные из клинической работы с больными неврозами, Фрейд распространил на социальные, исторические и культурные процессы общества, проводя параллель между индивидуальным развитием невротической личности и социально-психологическими закономерностями развития общества.

Основополагающую роль в формировании Ф. сыграла работа Фрейда «Тотем и табу: психология первобытной культуры и религии» (1913). В ней он дал психоаналитическую интерпретацию проблемы возникновения запретов (табу) и тотемистической религии, рассмотрел вопрос о появлении морали и религии, переходе от доисторического стада к человеческому обществу, одновременно пытаясь исторически обосновать одно из центральных понятий психоанализа — *эдипов комплекс*. В дальнейшем в работах «Будущее одной иллюзии» (1927) и «Моисей и монотеизм» (1939) он проводит аналогии между индивидуально-психологическим развитием больного неврозом и стадиями развития человеческого общества. С точки зрения Фрейда, в тотемистической религии находит отражение эдипов комплекс, тотем является символом-заместителем убитого и съеденного праотца, вина за убийство которого сохраняется в бессознательном. Из тотемизма Фрейд выводил все религии, прежде всего иудаизм и христианство. Он выдвинул 2 концепции понимания религии. Первая изложена в работе «Навязчивые действия и религиозные обряды» (1907), где он определил невроз как «индивидуальную религиозность, религию как всеобщий невроз навязчивых состояний». Фрейд понимал религию как психологический защитный механизм, обеспечивающий трансформацию бессознательных влечений в различные формы религиозных верований и обрядов. Перевод бессознательных влечений в социально приемлемую форму с отсроченностью удовлетворения желаний снижает силу внутриличностного конфликта. Вторую версию возникновения религии Фрейд представил в работе «Будущее одной иллюзии» (1927), в основе которой — взгляд о беспомощности человека перед силами природы. В стремлении снизить тревогу перед непонятным человек пытается одушевить природу, «очеловечить» ее. Религиозные обряды поклонения, жертвоприношения направлены на компенсацию его слабости. Понимая религиозные учения как невротическое наследие, Фрейд считал, что психоаналитическая процедура дает возможность устранить религиозные представления из сознания человека.

Первая попытка создания «исторического психоанализа» относится к совместной работе Фрейда (Буллит (Bullitt W.)), в которой он применил метод анализа бессознательного на примере президента США В. Вильсона. Стремясь описать психоаналитическую картину истории, он опирался на гипотезы Ч. Дарвина о примитивной человеческой орде, управляемой жестоким отцом, Р. Смита — о возникновении тотемизма. Основываясь на опыте работы с детскими неврозами страха, Фрейд объяснял процесс становления психической жизни примитивного человека, образование табу, возникновение анимизма и тотемизма. Вслед за Фрейдом его ученики широко использовали практику психоаналитических трактовок биографии выдающихся личностей, мифов и сказок.

Абрахам (Abracham K.) и Ранк (Rank O.) проанализировали мифы о Прометее, Одиссее, Изиде и

Озирисе; Штекель (Stekel W.) с психоаналитических позиций рассмотрел жизнь Христа, описал личность Дон Жуана, Казановы, Мессалины; Джонс (Jones E.) исследовал личность Луи Бонапарта; Закс (Sacks H.) и Ранк провели психографический анализ ряда выдающихся философов, в том числе Платона, Спинозы, Декарта, Канта, Спенсера.

Возникновение культуры и готовность к творчеству понимались Фрейдом как проявление сублимации первоначально сексуальных стремлений, что он и изложил в работе «"Культурная" сексуальная мораль и современная нервозность» (1908). С помощью понятия «сублимация» (процесс, ведущий к разрядке энергии инстинктов в неинстинктивных формах поведения) Фрейд пытался вывести высшие психические функции из низших, объяснить, не отказываясь от пансексуализма, такие явления, как художественное творчество, научная деятельность, философское познание истины. Психоаналитическая *интерпретация* литературы и искусства связана прежде всего с механизмом преобразования внутриспсихических конфликтов, детских комплексов, невротических симптомов в художественное творчество. Сублимация рассмотрена Фрейдом как основной путь разрешения психических конфликтов, которые могут привести к неврозу. В процессе творческой деятельности происходит перевод бессознательных желаний в символические формы. Искусство, по Фрейду, функция сублимирования бессознательных влечений, направленная на гармонизацию принципов «реальности» и «удовольствия» путем вытеснения из сознания социально неприемлемых импульсов. Фрейд отталкивался от идеи эдипова комплекса, в котором исторически «совпадает начало религии, нравственности, общественности и искусства». Исходя из этого, он пытался через психоаналитическое прочтение раскрыть содержание художественных произведений: «Короля Лира», «Гамлета», «Ричарда III», «Макбета» В. Шекспира, «Росмерсхольма» Г. Ибсена, «Братьев Карамазовых» Ф. М. Достоевского. Фрейд назвал Гамлета «всемирно известным невротиком» и пытался раскрыть его внутренний мир под углом зрения эдипова комплекса и болезненных нарушений психики; он проанализировал творчество и жизнь Леонардо да Винчи (1912). По мнению Фрейда, культура призвана способствовать ослаблению агрессивных человеческих инстинктов. Когда ей это удастся, агрессия может стать частью внутреннего мира человека и ведет к неврозу. Возникает проблема «коллективных неврозов». Фрейд видел в психоанализе средство лечения социальных болезней общества, мечтал иметь «в качестве пациента весь род людской».

**ФРОММ** Эрих (Fromm E., 1900-1980). Философ и социолог, автор концепции *гуманистического психоанализа*.

Ф. получил философское образование в Гейдельбергском и Мюнхенском университетах Германии, специализируясь по социальной психологии. Окончил Берлинский психоаналитический институт и с 1925 г. работал психоаналитиком-практиком. В 1925-1932 гг. — сотрудник Института социальных исследований им. В. Гёте во Франкфурте-на-Майне. Испытал сильное влияние франкфуртской школы с ее лево-радикальной социально-философской направленностью. Ф. стремился к синтезу марксистских идей с *психоанализом* и экзистенциализмом, проявлял интерес к религиозной проблематике, в 1930 г. опубликовал статью «Христианская догма», в которой пытался объединить марксистскую социологию с психоанализом. В 1933 г., после прихода к власти нацистов, эмигрировал в США, преподавал в Колумбийском, Нью-Йоркском и Мичиганском университетах. С 1951 г. жил в Мексике; умер в Муральто (Швейцария).

Ф. рассматривал человека как социальное существо, анализировал влияние на человеческую психику социокультурных факторов, господствующих в обществе, выступал как критик капиталистического общества. В 1941 г. вышла книга Ф. «Бегство от свободы», в которой он излагал основные положения своей социальной философии, анализируя существование человека в рамках западной цивилизации. Дальнейшее развитие эти идеи получили в работах «Человек для самого себя» (1947), «Здоровое общество» (1955), «Современный человек и его будущее: социально-психологическое исследование» (1960), «Искусство любви» (1962), «Картина человека у Маркса: из важнейшей части ранних писем Карла Маркса» (1963), «Сердце человека» (1964), «Революция надежды» (1968) и др. В последних работах — «Анатомия человеческой деструктивности» (1973) и «Иметь или быть?» (1976) — социальная философия, концепция гуманистического психоанализа Ф. приобрели окончательный вид. Он предложил основанную на психоанализе теорию реформации общества и достижения социализма. Ф. оценивал человеческие поступки и массовые общественно-политические движения как «механизмы



бегства от действительности, которые являются движущими силами нормального поведения человека». Бессознательные «механизмы бегства», находящиеся в более глубоких слоях личности, включают мазохистические и садистические устремления, уход от мира, разрушение и автоматическое подчинение.

Ф., не делал различий между больным неврозом и здоровым человеком: «Феномены, которые мы наблюдаем у больных неврозами, в принципе не отличаются от таковых у здоровых людей».

С 50-х гг. в творчестве Ф. возникла вторая тема — гуманистическая религия. Основные ее положения изложены в работе «Психоанализ и религия» (1950), дальнейшее развитие получили в книгах «Дзэн-буддизм и психоанализ» (1960) и «Вы будете как боги: радикальная интерпретация Ветхого Завета и его традиции» (1966).

**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РАЗРЯДКА ПО ФУКС.** Психотерапевтический метод, разработанный Фукс (Fuchs M., 1984) для лечения сомато-функциональной и психосоматической патологии. В его основе лежит восстановление нарушенного при некоторых расстройствах дыхательного ритма.

С помощью психотерапевта, а затем и самостоятельно больной приспосабливается к правильному дыханию. В индивидуальной работе с пациентом психотерапевт навязывает ему (вначале надавливанием на грудную клетку по соответствующей инструкции) ритм углубленного выдоха. В процессе обучения приему Ф. р. п. Ф. в случае бронхиальной астмы пациент приобретает умение управлять своим дыханием и снимать психическое напряжение. Применение Ф. р. п. Ф. приводит к восстановлению равновесия между внутренним напряжением и разрядкой, к нормализации вегетативных нарушений. Психотерапевт использует групповые *психотерапевтические беседы* с целью совместного поиска способов улучшения нарушенных функций. Ф. р. п. Ф. представляет собой комплекс активных гетеро- и ауто-суггестивных упражнений и упражнений в разрядке (снятие напряжения, отдых) с последующим расслаблением и регулированием телесных функций. Полезность методики во многом определяется активизацией участия пациента в психотерапевтическом процессе. Фукс указала на его эффективность при ряде психосоматических расстройств, при речевых нарушениях, нарушениях сердечного ритма.

Теоретически метод обосновывается психоаналитическим подходом к пониманию механизмов психосоматических расстройств. Метод Ф. р. п. Ф., основу которого составляет обучение ритмизированному дыханию, близок к таким широко известным методам *релаксации*, как *аутогенная тренировка*.

## Х

**ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАЙХА.** Райх (Reich W., 1897-1957) — австрийский психиатр, представитель социологизированного *психоанализа*. Пытался соединить психоанализ *Фрейда* (Freud S.) с социально-экономическим учением К. Маркса, считал, что психоанализ в форме социальной психологии может определить связи между экономическим базисом и надстройкой. Объединение психоаналитической теории Фрейда с экономической теорией К. Маркса отражается во втором названии его концепции — сексуально-экономическая концепция психологии.

Райх предложил собственную структуру личности, состоящую из трех автономно функционирующих уровней. «Поверхностный уровень» — это «притворно-социальный уровень», который образуют под воздействием социальных ценностей общества социально одобряемые формы межличностных коммуникаций. «Промежуточный уровень» представляет собой разнообразные «вторичные импульсы», включающие агрессивнo-садистические и либидинозные влечения; его называют «антисоциальным уровнем». Третий уровень — «биологическое ядро», или «глубинный уровень», состоит из «природно-социальных импульсов», имеющих подлинно человеческий характер. На этом уровне человек является эмоционально здоровым, гармоничным, способным на искреннюю любовь.

По мнению Райха, под влиянием социального устройства западного общества природно-социальные импульсы трансформируются на втором уровне структурной организации личности в агрессивные тенденции. Их блокировка и маскировка на поверхностном уровне личности в виде

социальной конформности ведут к формированию невротического характера, который предохраняет от наказания, исходящего от внешнего социального мира, с одной стороны, и служит преградой для свободного проявления природно-социальных импульсов индивида — с другой. Таким образом, Райх видит непосредственную причину возникновения невротического характера в социокультурных условиях существования индивида в обществе. Невроз и невротический характер являются патологией существования человека в конкретно-исторических социальных условиях. Это положение предопределено представлением Райха о социальной обусловленности невроза. В понимании проблемы лечения неврозов он вышел за рамки *индивидуальной психотерапии* и пытался разрешить ее социальными мерами. Так, в конце 20-х гг. он создал в Вене несколько психотерапевтических клиник, рассчитанных на широкие слои общества.

Райх считал необходимой «сексуальную революцию», так как полагал, что сексуальность обуславливает не только индивидуально-личностную жизнь человека, но и общественный прогресс в целом. Авторитарное общество подавляет естественное проявление сексуальности у людей, искажая тем самым понимание человеческой любви. Возникающие агрессивные варианты поведения, формирование невротического характера, социальная апатия ведут к усилению реакционных тенденций в обществе. Именно «сексуальная революция» способна разрушить буржуазные принципы морально-этического регулирования сексуальной жизни человека; она направлена на его внутренний мир, призвана помочь осознанию негативных сторон подавления природных влечений западной культурой, раскрепостить жизненные силы человека. «Сексуальная революция» ведет к саморегулированию, ориентированному на естественные проявления человеческой любви. Под понятием «моральность» Райх понимал все то, что способствует гармонии между человеком и культурой, личностью и обществом. В 50-х гг. Райх стал рассматривать «оргонную энергию» как космическую субстанцию. «Сексуально-экономическая» терапия Райха направлена на создание предпосылок для осуществления естественно-природных отношений между полами и развития подлинно человеческой способности к любви, что «зависит как от социальных, так и от психических условий».

Райх посвятил ряд работ изучению неврозов и биологической энергии человеческого организма. Он расширил теорию либидо Фрейда, включив в нее все основные биологические и психологические процессы; рассматривал удовольствие как свободное движение энергии из сердцевины организма к периферии и во внешний мир. Райх считал, что характер человека включает постоянный паттерн защит. Сначала он описывал этот паттерн в психологических терминах, затем стал связывать различные формы характерных *сопротивлений* со специфическими паттернами мускульного панциря. Хронические мышечные зажимы блокируют 3 основных эмоциональных состояния: тревожность, гнев и сексуальное возбуждение. Он пришел к выводу, что мышечный и психологический панцирь — одно и то же: «Панцирь характера оказывается функционально тождественным с перенапряжением мышц, мышечным панцирем. Эта функциональная тождественность означает не что иное, как тот факт, что мышечные паттерны и черты характера служат одной и той же функции в психическом аппарате: они могут влиять друг на друга и заменять друг друга. По существу они не могут быть разделены; по функции они тождественны». Хронические напряжения блокируют энергетические потоки, лежащие в основе сильных эмоций. Защитный панцирь не дает человеку переживать сильные эмоции, ограничивая и искажая выражение чувств. Эмоции, заблокированные таким образом, никогда не устраняются, потому что не могут полностью проявиться. Эти блоки (мышечные зажимы) искажают и разрушают естественные чувства, в частности подавляют сексуальные чувства, мешают полноценному оргазму: «Неврозы — это результат застоя сексуальной энергии». По Райху, полное освобождение от заблокированной эмоции происходит только после ее глубокого переживания: «Ликвидация сексуального застоя посредством оргастической разрядки устраняет любые невротические проявления».

Райх считал, что мышечный панцирь представляет собой 7 основных защитных сегментов, состоящих из мышц и органов соответствующих функций. Эти сегменты образуют ряд из 7 горизонтальных колец, находящихся под прямым углом к позвоночнику. Основные сегменты панциря располагаются в области глаз, рта, шеи, груди, диафрагмы, живота и таза. Терапия Райха состоит прежде всего в распускании панциря в каждом сегменте, начиная с глаз и кончая тазом. Каждый сегмент более или менее независим, с ним можно работать отдельно. В распускании панциря используются 3 типа средств: 1) накопление в теле энергии посредством глубокого дыхания; 2) прямое

воздействие на хронические мышечные зажимы посредством давления, пощипывания и т. д.; 3) открытое рассмотрение совместно с пациентом сопротивлений и эмоциональных ограничений, которые при этом выявляются. Райх подчеркивал важность освобождения, расслабления мышечного панциря в дополнение к аналитической работе с психологическим материалом. Он рассматривал ум и тело как нерасторжимое единство. Его научные интересы перемещались от аналитической работы, опирающейся исключительно на словесный язык, к исследованию как психологических, так и соматических аспектов характера и характерного панциря и далее к акценту на работе с мышечным защитным панцирем, направленной на обеспечение свободного протекания биологической энергии. Райх стремился к распусканию защитного панциря, блоков чувствования, которые искажают психологическое и физическое функционирование человека; рассматривал терапию как средство восстановления свободного протекания энергии через тело посредством систематического освобождения блоков мускульного панциря, поэтому и назвал свой метод лечения неврозов «биофизической оргонной терапией».

Разработанные Райхом методики дыхания, эмоционального раскрепощения, усиления напряжения в заблокированных областях тела легли в основу созданных его учениками *биоэнергетики* (см. *Биоэнергетический анализ Лоуэна*) и *структурной интеграции Рольф* — системы, стремящейся вернуть телу правильное положение и правильные линии посредством глубоких и часто болезненных вытягиваний мускульных фасций, сопровождаемых прямым воздействием. Можно сказать, что Райх явился пионером в области психологии тела и ориентированной на тело психотерапии.

См. также *Телесно-ориентированная психотерапия*.

**ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ХОРНИ.** Будучи одной из наиболее ярких представителей *неопсихоанализа*, *Хорни* (Horney K., 1895-1952) формировалась в традициях учения *Фрейда* (Freud S.). Как и Фрейд, она подчеркивала важную роль бессознательных конфликтов. Вместе с тем концепция Хорни отличалась от ортодоксального *психоанализа*, который она нередко критиковала по нескольким направлениям, в частности в связи с обсуждением вопросов, касающихся женской сексуальности. Одно из принципиальных отличий концепции Хорни заключалось в уменьшении значения *libido*, другое — в отрицании представления о том, что люди мотивированы преимущественно врожденными и запретными инстинктами, которые в конечном итоге сводятся к инцесту и глобальной деструкции. От Фрейда Хорни отличает также акцент на социальные, а не биологические детерминанты формирования здоровой и невротической личности.

Каждый человек, с точки зрения Хорни, обладает собственным личностным потенциалом развития, конструктивная реализация которого позволяет индивиду достигать цели, добиваться успехов, преодолевать трудности и постепенно становиться тем, кем он может и хочет стать. Психопатологические расстройства возникают только в том случае, если силы, способствующие позитивному росту и развитию, блокируются внешними социальными факторами. В ребенке, растущем в здоровой социальной среде, развивается чувство принадлежности к безопасному и обучающему окружению. Ребенок, родители или воспитатели которого не способны проявлять любовь, заботу и уважение к его индивидуальности, становится человеком, постоянно испытывающим чувство тревоги, воспринимающим мир как недружественный и враждебный. В этом случае здоровое стремление к *самоактуализации* замещается всепоглощающим стремлением к безопасности — основной невротической потребности. Хорни особо подчеркивала важность выделения концепции базисной тревоги. Это чувство тревоги, незащитности ребенка, рождающееся из состояния изоляции и беспомощности в потенциально враждебном ему мире. Базисную тревогу нельзя считать наследственной, генетически обусловленной, она всегда представляет собой продукт культуры и воспитания. Тревога такого рода становится основой для возникновения более поздних личностных нарушений. Невротическое стремление к безопасности достигается гипертрофией одного из трех типов защитных реакций: беспомощности, агрессивности и отгороженности. Если человек предпочитательно использует один из типов защиты, почти полностью игнорируя остальные, то формируется один из трех типов характера: ищущий любви, доверия, расположения других людей (движение к людям); агрессивный, враждебный (направление потребности — движение против людей); обособленный, независимый (направление потребности — движение от людей).

Невротический защитный механизм беспомощности выражается в слишком сильном стремлении

к протекции, поддержке, защите и в преувеличенном, можно сказать притворном, стремлении соглашаться с желаниями других (ориентация взаимодействия в обществе — движение к людям). Невротический защитный механизм враждебности основан на убеждении, что в жизни действует закон джунглей, где выживает сильнейший. Тот, кто подчеркивает в своем поведении такую жизненную ориентацию, считает других враждебными и лицемерными, отрицает теплые, спонтанные отношения между людьми, предпочитая различного рода манипулирование ими. Он убежден, что настоящих привязанностей не существует (ориентация в обществе — движение против людей). Защитный механизм ухода, отгораживания выражается в отказе от интимных, дружеских и просто бытовых контактов с другими (ориентация в обществе — движение от людей).

В то время как здоровый человек предпочитает свободно общаться, сближаться с окружающими, лишь иногда идти против них или уходить от контактов с ними в зависимости от обстоятельств, невротик решает проблему общения всегда негибким способом. Он выбирает один из типов коммуникации, тогда как в действительности они не исключают друг друга. В ситуации, когда значение двух возможных, но не реализуемых ориентации на взаимодействие преуменьшается или полностью игнорируется, создаются условия для вытеснения их на бессознательный уровень, где и разворачивается конфликт между ними и доминирующей ориентацией.

Другой тип невротического внутриличностного конфликта, особо выделяемый Хорни, касается сферы идеализированного образа собственного «Я». Люди, страдающие под гнетом собственной невротической структуры личности, не только подавляют свои проблемы, конфликты потребностей, но и не осознают свои недостатки и слабости, которые, возможно, смутно чувствуют (предчувствуют) и даже презирают. Обычно у них формируется сознательный образ самих себя, в котором все позитивные, социально одобряемые черты представлены в сильно преувеличенном виде. Это, в свою очередь, усиливает доминирующее невротическое решение проблемы. Идеализированный образ самого себя заставляет человека ставить перед собой практически недостижимые цели и задачи, предопределяющие неизбежное поражение, которое, в свою очередь, усиливает недовольство собой, может вызвать даже презрение к себе, увеличивая конфликт между реальным «Я» и мощным и грозным идеализированным его образом. Создается замкнутый круг, в котором постоянно циркулирует стремление соответствовать, поддерживать этот «славный» образ путем достижения нереалистичных, а значит, и недостижимых целей.

Безжалостные внутренние требования, терзающие невротика, Хорни называет «тиранией долга». Такой человек искренне считает, что он должен быть головокружительно успешным, невероятно точным, всегда и только любящим, абсолютно неэгоистичным, должен иметь особую работу, необыкновенного партнера, самых лучших детей и т. д. Системы таких императивов настолько доминируют в сознании невротика, что заслоняют или даже стирают настоящие и здоровые желания до такой степени, что несчастный не различает, в чем он в действительности нуждается и что он просто должен делать в жизни.

По мнению Хорни, только психоанализ, возможно в форме *самоанализа*, может помочь человеку преодолеть сильное и болезненное стремление к недостижимым целям и заменить их деятельностью, приносящей удовлетворение и радость самореализации.

Цель психотерапии Хорни видит в необходимости помочь больному неврозом осознать свой «идеализированный образ» и его функции, тем самым показав, что подобные попытки разрешения конфликта не приводят к желаемому результату. В процессе аналитической работы она стремится путем раскрытия Идеализированного «Я» помочь пациенту в его подлинно человеческом развитии, в развертывании его тенденций к самореализации, к переориентации мыслей, чувств и жизненных планов. *Осознание* больным различных факторов своего существования должно быть действительным знанием, что достигается посредством эмоционального переживания. Аналитическую работу Хорни дополняет *психосинтезом*, пробуждением у пациента конструктивных сил, стремления к саморазвитию. Самореализация означает готовность к глубокому переживанию своих желаний и чувств, к выявлению своего предназначения в жизни и принятию ответственности как за себя, так и за других людей, к установлению дружеских, эмоционально окрашенных межличностных связей. В целом психотерапия служит устранению разрыва между Реальным «Я» человека и его Идеализированным «Я», образующимся в процессе невротического развития личности. Цель психотерапии по Хорни можно

выразить, перефразируя слова Фрейда: «Там, где было Идеализированное «Я», должно быть Реальное "Я"».

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ В ГИПНОЗЕ.** Использование состояния гипнотического сна при хирургических вмешательствах нашло широкое отражение в работах К. И. Платонова (1957) и П. И. Буля (1974). Сам термин «*гипноз*» был введен во врачебную практику английским хирургом Брэдом (Braid J.) в XIX в. Известно о применении гипноза при различных хирургических операциях в период отсутствия эффективного наркоза. Так, Клокэ использовал гипноз для анестезии при удалении рака грудной железы; Вард применил этот метод при ампутации бедра. Элиот произвел более 300 хирургических операций под гипнозом. В 50-х гг. XIX в. Фай с успехом пользовался гипнозом для обезболивания при операциях на матке. Гипнотическое обезболивание широко применялось в Индии. Так, хирург Эсдейль в течение 6 лет произвел более 600 больших хирургических операций, используя для обезболивания гипноз. Эти данные были подтверждены специальной комиссией, назначенной правительством.

В России первое применение гипноза для обезболивания осуществил П. П. Подъяпольский (1915); на Украине этот метод впервые был использован при хирургических вмешательствах в гинекологической практике и в хирургической клинике А. П. Николаевым, К. И. Платоновым и И. З. Вельвовским (1923). Операции проводились хирургами при содействии врачей-гипнологов. С. М. Берг (1926) первым из русских хирургов самостоятельно применил гипноз для обезболивания. Множество операций было проведено под гипнозом, который вызывал П. И. Буль.

В 1962 г. в Вене состоялся Международный конгресс анестезиологов, в рамках которого проводился симпозиум по применению гипноза и *внушения* для обезболивания операций в хирургической, акушерско-гинекологической, отоларингологической и стоматологической клиниках, что свидетельствует о широких возможностях данного метода. Гипноз использовался также в пред- и послеоперационном периодах (Свядош А. М., 1937; Гуревич Г. М., Мастбаум А. И., 1952).

В 80-е гг. внимание к использованию гипноза в хирургической практике было привлечено вновь полостными операциями, проводившимися при участии врача-психотерапевта А. М. Кашпировского, который состояние гипнотического сна вызывал, находясь непосредственно у операционного стола или на большом расстоянии — с помощью телевидения.

Несмотря на успешное использование гипноза для обезболивания в хирургии, широкого применения он не нашел прежде всего потому, что вызвать потерю чувствительности, тем более полную, можно лишь у небольшой части больных. Но этот способ следует иметь в виду, когда противопоказан лекарственный наркоз. Более широко может быть использован так называемый гипнонаркоз, когда одновременно с внушением дается небольшая доза наркотических средств (как показывает опыт, при такой методике она может быть снижена на 70-80%).

Известный хирург А. Н. Бакулев еще в 1951 г. высказал сожаление о том, что «кратковременный период увлечения гипнонаркозом предан забвению и этот поистине физиологический метод воздействия на психику хирургического больного оставлен в зачаточной фазе своего развития».

**ХОРЕОТЕРАПИЯ** (choreotherapy, dance and movement therapy). Использование танца, пластики и ритмики в лечебных и профилактических целях. Развитие современной Х. с 30-х гг. связывается с именем Чейз (Chase M.), автора соответствующей главы в книге Морено (Moreno J. L.), посвященной *групповой терапии*. Х. может выделяться в качестве одного из направлений *арттерапии*, составного элемента активной *музыкотерапии* (Менегетти (Meneghetti T.) и др.) или как одна из форм терапии физической активностью (Славсон (Slavson S. R.), Шиффер (Schiffer M.)). Основные задачи, изолированно или комплексно решаемые в процессе Х.:

- 1) терапия занятостью и повышение двигательной активности;
- 2) коммуникативный тренинг и организация социотерапевтического общения;
- 3) получение диагностического материала для анализа поведенческих стереотипов пациента и его самопознания;
- 4) раскрепощение и рост пациента, поиск аутентичных путей развития.

В зависимости от концептуальной ориентации конкретного хореотерапевта акцентироваться могут отдельные задачи: 1 и 2 — при поведенческой, 3 — при психодинамической и 4 — при гуманистической ориентации психотерапевта.

Разминочные упражнения, предваряющие занятия Х., имеют физический («разогрев»), психический (идентификация с чувствами) и социальный (установление контактов) аспекты. Обычная продолжительность занятия — 40-50 минут. Занятия могут быть ежедневными (в стационарных условиях), еженедельными на протяжении нескольких месяцев или лет, в профилактических целях возможно проведение одноразовых танцевальных *марафонов*. Оптимальный количественный состав группы Х. — 5-12 человек на одного хореотерапевта.

Дискутируется вопрос о характере музыкального сопровождения занятий Х. Одни хореотерапевты предпочитают стандартные магнитофонные записи народной и / или профессиональной танцевальной музыки, другие — собственное (или своих ассистентов) импровизированное музыкальное сопровождение. Во всех случаях подчеркивается, что индивидуально-культуральная значимость предлагаемой музыки для пациента не должна перекрывать значимости и удовольствия собственной двигательной активности, поэтому лучше использовать незнакомые группе мелодии, умеренную громкость звучания и физиологически ориентированные ритмы, способствующие формированию трансовых состояний сознания.

В процессе психодинамической Х. выделяются (Лумсден (Lumsden M.)) стадии развития *психотерапевтической группы*, которые психотерапевтами других ориентации рассматриваются как различные организационные формы упражнений:

- 1) индивидуальная — анализ пространственных, временных, энергетических, гармонических характеристик движения пациентов и такого аспекта, как «сдерживание—разрешение»;
- 2) дуэт — анализ *переноса* и *контрпереноса*;
- 3) трио и квартет — анализ инцестуозных тенденций и динамического отвержения на модели «отец—мать—ребенок»;
- 4) групповая, соответствующая психодраматическому подходу;
- 5) межгрупповая, социодраматическая;
- 6) социальная, реализуемая в массовых танцевальных ритуалах и фестивалях.

Х. может использоваться в качестве вспомогательного или основного метода психотерапии в группах детей и подростков, в санаторно-курортных условиях, при коррекции дисгамий в супружеских парах, для социально-психологического и двигательного тренинга людей с нарушениями слуха и зрения или постпсихотическим дефектом.

В нашей стране Х. применяется редко в связи с разрушением культуры народного танца и профессионализацией хореографии.

**ХОРНИ** Карен (Horney K., 1885-1952). Видный представитель культурно- и социологически-ориентированного *психоанализа*. Работала практикующим психоаналитиком в Берлине. Находилась под влиянием марксистской теории. В 1932 г. переехала в США, где организовала Американский психоаналитический институт. Автор книг «Невротическая личность нашего времени» (1937), «Новые пути в психоанализе» (1939), «Самоанализ» (1942), «Наши внутренние конфликты» (1945), «Неврозы и развитие человека» (1950). В своей концепции бессознательного Х. заменила фрейдовское либидо двумя иными механизмами: анксиозностью (страхом) и перфекционизмом (стремлением к совершенству). Источник невроза Х. видит в конфликте общественных устремлений человека с враждебными ему условиями социальной среды. Анксиозность приводит к неверию в свои силы, чувству собственной неполноценности. Перфекционизм побуждает к преодолению страха и обеспечивает свободу и уверенность. Однако тенденция к совершенствованию увеличивает зависимость человека от других членов общества. Х. делает вывод, что повышение требований общества к индивиду увеличивает стремление последнего к совершенствованию, а это приводит к его порабощению социальными условиями, поэтому «различие между больным неврозом и нормальным человеком чисто количественное».

См. также *Характерологический анализ Хорни*.

## Ц

**ЦЕННОСТНО-АДАПТИВНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ.** Система теоретических

предпосылок для применения в психотерапии, психокоррекции и *психологическом консультировании* для лечения пациентов с неясной, интуитивной мотивацией, где затруднена диагностика (например, заочная психотерапия, психотерапия по Интернету и пр.). В некоторых случаях может рассматриваться как основа неклинической психотерапии (Кузнецов Ю. В., 2000).

Ц.-а. п. в п. возник в Российской специфике со сменой ценностных ориентиров в обществе, так называемой «аномией», что само по себе является патогенным фактором, ставящим индивида перед необходимостью постоянной реадaptации, переоценки ценностей, приспособления к динамично меняющимся условиям существования.

Понятие «ценности» вошло в психологию в конце XIX в. с формированием аксиологии как отдельной области философии. Ближе всего вопрос о ценностях представителям гуманистического направления в психотерапии. Один из его основателей, Маслоу (Maslow A. H.), считал ценность неким избирательным принципом, свойственным всякому живому существу, производной от потребностей. Этот взгляд на природу ценностей перекликается с определением Ницше (Nitzsche F.), для которого ценностные оценки являются «физиологическими требованиями сохранения определенного способа жизни».

Различные исследователи выделяют следующие свойства ценностей:

- 1) Ценности различаются в зависимости от субъекта, интересы которого они представляют (индивид, семья, коллектив и т. д.).
- 2) Ценности двойственны, присущи как субъекту, так и объекту.
- 3) Ценность находит свое место в двух аналоговых шкалах: с одной стороны, по силе и характеру отношения, что делает ее позитивной, негативной или нейтральной (нормальной), с другой — эволюционной, становясь ретроградной, превентивной или актуальной.

Если мы говорим об адаптации применительно к ценностям, то очевидно разделяем систему ценностей на субъективную и объективную. Носителем субъективной системы является субъект, в частности индивид, со всеми его притяжениями и непритяжениями, любыми осознанными и неосознанными привычками и стереотипами в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах. (Когнития — мысль, этот аспект можно рассматривать как оперирование ценностями какого-либо рода; эмоция, по точному суждению П. К. Анохина (1971), является «непосредственной оценкой субъектом объекта», а целью поведения в целом считается адаптация.) Объективная система ценностей — это условия существования субъекта, набор ценностей, выдвигаемых средой для его функционирования. Процесс приведения в соответствие субъективной системы ценностей объективной и есть ценностная адаптация.

Возможны две стратегии ценностной адаптации:

- 1) Изменение объективной системы ценностей — стремление субъекта преобразовать внешние условия под собственные сложившиеся стереотипы. Такую стратегию можно считать активной.
- 2) Изменение субъективной системы ценностей — реформирование субъектом своих внутренних конструктов и «подгонка» их под внешние условия. Это — пассивная стратегия.

Всякая стратегия состоит из тактических приемов. Поскольку мы имеем дело с ценностями, представляется полезным разделить стратегии ценностной адаптации с точки зрения их конструктивности. Любую тенденцию в процессе ценностной адаптации можно определить как:

- 1) активно-конструктивную — в том случае, когда субъект приспособляется созидательным изменением внешней среды, например любая «пошаговая», рутинная, обыденная деятельность;
- 2) активно-деструктивную — то же разрушение внешней среды, например развал семьи, различные агрессивные формы девиантного поведения;
- 3) пассивно-конструктивную, когда субъект адаптируется созидательным совершенствованием внутренних, собственных конструктов, например учеба, спорт;
- 4) пассивно-деструктивную — т. е. в том случае, когда субъект преобразует внутренний мир разрушением, распадом, провоцированием болезней, нанесением себе вреда с целью поставить себя в более трудные условия существования, например саморазрушение через пьянство и т. д.

При рассмотрении ценностной адаптации необходимо четко разделить два аспекта: ментальные операции с ценностями и сами ценности. При признании иерархической сути ценностей важнейшей адаптивной функцией становится способность выстроить ценностную шкалу, разделить ценности между собой по значимости, определить их в континуум «нравится—не нравится», т. е. осуществить их

дифференциацию.

Крайне низкое проявление этой оперативной функции порождает формализм. Человеку с такой характеристикой нет большой разницы, чем заниматься, он «берет» не качеством, а количеством. Для него выбор всегда превращается в проблему. Демонстрацию обратной проблемы, т. е. сверхдифференциацию, являют собой, например, сверхценные идеи. В этом случае происходит чрезмерная фиксация, какие-то ценности неадекватно заполняют более высшие ранговые места за счет других.

Кроме дифференциации для успешной адаптации перед субъектом возникает другая оперативная проблема — на ценностной шкале нужно правильно определить середину, «норму», выше которой находятся позитивные ценности, и к ним следует стремиться, а ниже — негативные, их следует избегать. Говоря о временной шкале движения ценностей, следует учесть весь предыдущий опыт, антиципацию и как можно более точно определить состояние ценностей сейчас. В данном случае речь идет об интеграции.

Демонстрацией слабых интегративных способностей являются, например, истерические личности. Опыт у них плохо удерживается, вступают в интеграцию только ценности, находящиеся в непосредственной близости во времени и пространстве. Хорошо известная истерическая ложь, по сути дела, ложью, т. е. намеренным искажением фактов, не является. Истерическая личность лишь поступает в соответствии с сиюминутными обстоятельствами, говорит то, что от нее ждут, или то, что помогает ей в достижении собственных целей «здесь и сейчас», без должного учета всех предыдущих и будущих событий. Противоположную проблему, сверхинтеграцию, демонстрируют лица, склонные к сомнениям, психастенического склада. Масса обстоятельств, ценностей, вступающая в интеграцию, парализует у них любое действие, инициативу. Применение медицинской терминологии позволяет указать на крайние варианты и проводить временные параллели со сложившейся клинической системой взглядов. Ценностная адаптация, будучи производной от проблем психологии, философии, медицины и других наук, в перспективе должна иметь свою терминологию.

Не касаясь рассмотренных оперативных способностей (дифференциации и интеграции), которые имеют скорее нейрофизиологическую природу, для психотерапевта остается достаточный «фронт» работы в когнитивной сфере — это сами ценности, происхождение которых ближе к динамическому, почерпнуто от контактов со средой. Признав примат конструктивности и ставя целью избавление от деструкции, психотерапевт может выявить дезадаптивные ценности, коррекция которых осуществляется естественным разрушением субъективного и объективного мира, и искусственно их откорректировать в сознании, т. е. естественную деструктивность (разрушение себя, семьи, злоупотребление алкоголем, самоубийство, провоцирование и фиксацию на болезни и т. д.) заменить на искусственную психическую реконструкцию, уничтожающую необходимость деструкции естественной. Здесь он вправе применить недогматическую и широкую личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию (Карвасарский Б. Д., 1985) как интегративный способ работы в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах, которая не исключает «помощь больному в разумном разрешении его психотравмирующей ситуации, изменении его объективного положения и отношения к нему окружающих» (т. е. активная адаптация не ставится в ущерб пассивной, приоритетным декларируется принцип адекватности). Если пациент имеет сохранные оперативные способности (дифференциация и интеграция ценностей), то он вполне способен в дальнейшем самостоятельно сформировать новую, адаптивную систему ценностей.

Ценностно-адаптивный подход позволяет в процессе психотерапии прорабатывать некоторые актуальные, но иногда избегаемые проблемы, например такие, как счастье, любовь. Так, Маслоу (1997) писал: «Наука... Ей не нужно отрекаться от проблем любви, творчества, ценностей, красоты, воображения, нравственности и "радостей земных", оставляя их "не ученым" — поэтам, пророкам, священникам, драматургам, художникам или дипломатам...»

Отталкиваясь от определения счастья как состояния отсутствия желаний, а также от древнегреческого его понимания, разделяющего счастье на эвтихию — благоприятствие внешнего (объективного) мира, и эвдемонию — наличие внутренней (субъективной) способности быть счастливым, с позиций ценностной адаптации можно определить счастье как полное соответствие субъективной и объективной систем ценностей, т. е. как полную адаптацию. Именно в контексте



стремления к такому состоянию и находится любовь, если рассматривать ее как избирательный параобразующий феномен. Говоря о любви, следует иметь в виду, что речь здесь идет не только об адаптационных интересах индивида, но и коадаптации участников пары, а также об адаптации пары как совокупного субъекта в объективном окружающем мире.

Если пациент предлагает психотерапевту рассмотреть любовь, то скорее всего речь идет о деструктивном ее варианте. Позитивное ее значение — через разрушение обеспечить «переоценку ценностей», перейти на новый уровень адаптации. Психотерапевт, вскрыв этот латентный смысл проблем пациента, во-первых, дезактуализирует деструктивные отношения, поскольку деструкция может существовать только там, где проблема скрыта, а где она явна, появляются спокойные и конструктивные способы ее решения; во-вторых, психотерапевт выходит на «иррациональные установки», «неадекватные эмоции», «неадекватные поведенческие стереотипы» и прочие дезадаптивные осознанные и неосознанные ценности. Таким образом, и любовь рационализируется и становится верным союзником в лечении пациента, формировании его окончательной мотивации к лечению.

Ценностно-адаптивный подход мог бы дать новое решение и некоторых других проблем. Например, суицид все чаще связывается с проблемой переоценки ценностей. Стремление к смерти, так же как и проявления деструктивности, содержит свой позитивный смысл: «Перед лицом смерти каждый человек вновь открывает для себя секрет своей индивидуальности. Эта связь, вскрытая еще эпикурейцами, но затем надолго исчезнувшая из системы коллективных представлений, утверждается в сознании человека позднего средневековья и до сих пор занимает прочное место в духовном багаже человека западной цивилизации. ...Именно и только "перед лицом смерти" человек способен осознать ценность своей жизни...» (Арьес (Aries Ph.)).

Что касается связи самоубийства и адаптации, то еще Дюркхайм (Durkheim K. G.) считал суицид «результатом разрыва интерперсональных связей личности, отчуждения индивидуума от той социальной группы, к которой он принадлежит». Таким образом, при соединении этих двух аспектов оказывается, что суицидальное поведение может рассматриваться как пассивно-деструктивный способ реадaptации. Задача психотерапевта состоит не в освобождении пациента от суицидальных мыслей, а, напротив, в достижении искусственного состояния смерти, ее имитации — психоэвтаназии, и не в качестве самоцели, а для выявления дезадаптивных ценностей, переоценки и дальнейшей работы с ними. Становится более понятным тот положительный эффект, который сопровождает подобные состояния: «Эксперименты показали, что люди, прошедшие через психотерапевтический опыт, когда испытываются ощущения, связанные со смертью и повторным рождением, резко меняют свое представление о самих себе, об окружающем мире. Преображается присущая им иерархия ценностей, исчезает чувство отчуждения. Напротив, возникает чувство радости, безмятежности, психологического благополучия, рождается вкус к жизни. Такой человек лучше воспринимает мир» (Гуревич П. С., 1991).

Указанные выше проблемы не охватывают всего спектра возможностей применения ценностно-адаптивного подхода в психотерапии. Особенно актуален он в условиях российской специфики, где психическая проблематика тесно связана с этическими, межэтническими, транскультурными, историко-политическими и другими ценностными факторами.

Описанные принципы вполне соответствуют системному подходу: «Наиболее характерной чертой системного подхода является то, что в исследовательской работе не может быть аналитического изучения какого-то частного объекта без того, чтобы не было точно идентифицировано место этого частного объекта в большой системе» (Анохин П. К., 1971). Ценностная адаптация может служить той основой, которая позволит интегрировать синтез и анализ, феноменологическую и динамическую стороны психических явлений.

Ц.-а. п. в п. может оказаться перспективным как в теории, так и в практической работе по психологическому консультированию, психокоррекции и психотерапии.

**ЦИКЛ ПСИХОТЕРАПИИ.** Действие, которое начинается, продолжается и заканчивается. Это понятие используется в терминологии компьютерного программирования. Оно описывает одно завершенное действие или набор команд, особенно повторяющихся. Большинство психотерапевтических техник представляют собой циклы. Техника начинается в определенных обстоятельствах, она состоит из определенных шагов или действий, и существуют определенные

обстоятельства, в которых специалист делает вывод, что техника закончена. Можно, при необходимости, повторно провести этот цикл и оценить его результативность. Каждый сеанс психотерапии — цикл, в нем есть определенный ритуал, определенные способы начала, продолжения и завершения сеанса. Работа с определенной проблемой — цикл. Большой цикл может занять несколько сеансов психотерапии. Выделяют (из компьютерной терминологии) помимо больших циклов понятие вложенных циклов. Вложенные циклы — это циклы внутри циклов. Во время прохождения большого цикла выполняются циклы поменьше. Психотерапевт обращает внимание на вложенные циклы, когда необходимо работать с несколькими проблемами пациента одновременно. Во время работы с проблемой А иногда всплывает неотложная проблема Б и захватывает внимание пациента. Можно быстро решить Б и затем, вернувшись к проблеме А, закончить ее. Это будут вложенные циклы. Например, психотерапевт несколько сеансов работает над проблемой застенчивости пациента. Однако на очередной сеанс больной приходит после небольшой ссоры с женой, огорченный по этому поводу. Даже если тема «застенчивость» еще не завершена, психотерапевт переходит к другой — «ссора с женой», потому что она требует более срочного разрешения. В середине сеанса работы над темой «ссора с женой» пациент вспоминает, что он оставил в своей квартире включенным газ. Психотерапевт дает ему возможность позвонить домой, чтобы решить эту проблему, а потом возвращается к проблеме «ссора с женой». Затем, скорее всего уже на следующем сеансе, возвращается к проблеме застенчивости. Это вложенные циклы.

Цикл решения проблемы пациента может состоять из нескольких циклов сеансов, каждый сеанс — из нескольких циклов техник и каждая техника — из меньших циклов действий. Можно много раз выполнять маленький цикл, прежде чем завершить большой. Психотерапевт действует и говорит не просто наугад. Он хорошо осознает открытие и закрытие циклов, и его действия согласуются с этим. Он легко умеет одновременно отслеживать несколько циклов разной величины.

Психотерапевтический процесс имеет определенный ритм, который в заметной степени может определяться циклом задавания вопроса и получения на него ответа пациента. Данный цикл взаимодействия отличается от цикла обычного общения тем, что психотерапевту необходимо мотивировать больного, найти ответы в собственном уме. Специалист не просто разговаривает, ему не нужны шаблонные ответы, ему не нужны даже правильные ответы. Психотерапевт задает вопросы, чтобы побудить пациента, помочь ему открыть что-то новое или увидеть что-то по-другому. Психотерапия идет в ритме обращения внимания то на внутренние переживания, то на внешние обстоятельства. Больной воспринимает это и затем направляет часть своего внимания вовне, чтобы рассказать об этом психотерапевту. Специалист подтверждает получение сообщения, потом опять побуждает пациента получить больше информации изнутри себя и т. д. Важно не прерывать больного, когда он ищет ответ на вопрос внутри себя, только из-за того, что это требует некоторого времени. Если внимание пациента обращено на внешние обстоятельства и он не делает ничего полезного, психотерапевту следует подумать, о чем его спросить. Но если больной уже обдумывает что-то по обсуждаемой теме, не следует ему мешать. Мастерство психотерапевта заключается не только в том, чтобы знать, что говорить, но и в том, чтобы знать, когда молчать.

В каждом событии есть много разных позиций или точек зрения, с которых его можно переживать. Упрощая, можно выделить 4 основные позиции восприятия, которые обсуждают с пациентами в циклах психотерапии:

1-я позиция: Позиция человека, который переживает само событие. Главный участник, центр событий.

2-я позиция: Позиция человека, который тоже участвует в событии. Это может быть второстепенный участник или тот, кто обуславливает переживание человека в первой позиции.

3-я позиция: Позиция наблюдателя за тем, как происходит событие. Речь идет не об активном участнике, а о том, кто находится на месте действия.

4-я позиция: Позиция того, кто не находится на месте действия, но получает информацию о нем на расстоянии.

Например, если больной уже в кабинете у психотерапевта, он находится в первой позиции (1П), психотерапевт — во второй (2П), другой пациент, ожидающий своей очереди, — в третьей (3П), жена первого пациента, которая ждет его дома, — в четвертой (4П).

Переживания с разных позиций сильно отличаются. Переживая событие с нескольких разных позиций, человек гораздо полнее воспринимает его. Изменение позиции восприятия может быть полезным дополнением к любому психотерапевтическому процессу. Собственно говоря, это самостоятельная техника. Часто человек зафиксирован в одной из позиций, и переживание с других позиций может раскрыть для него всю суть обсуждаемой проблемы. Проводя диалог с пациентом, можно использовать позиции восприятия просто как еще один источник возможных вопросов. Позиции восприятия особенно полезны, когда ясно, что больной воспринимает психотравмирующую (или наиболее значимую для него) ситуацию только с одной позиции. И особенно, когда эта одна позиция ограничена.

П.: «Мне приходится очень тяжело, потому что мой муж взваливает на меня воспитание детей».

Т.: «Что при этом чувствует ваш муж?» (1П->2П)

П.: «Он опять обвинял меня, и мы громко спорили».

Т.: «Как вы думаете, что слышали те, кто был рядом?» (1П->3П)

Смена позиций восприятия входит в некоторые техники психотерапии как часть процедуры. Переживание проблемы с разных точек зрения основано на той же идее. Если пациент увидит, почувствует свою проблему с разных позиций, то он обязательно осознает ее психологические механизмы и сумеет справиться с ней.

Психотерапия — это серия завершенных циклов, циклов, последовательности действий. Психотерапевту нужно хорошо владеть проведением циклов. Он должен уметь открывать тему, продолжать или повторять технику, пока она необходима, и завершать тему. Кроме того, психотерапевт должен быть достаточно наблюдательным, чтобы замечать, когда пациент уходит от темы, и обязательно возвращаться к исходной теме. Психотерапия — нелинейный процесс, несколько тем могут быть актуальными одновременно, поэтому психотерапевт должен отслеживать, какие циклы еще открыть, и по возможности закрывать их. Важно, чтобы специалист ориентировался на конечные результаты и учитывал, что циклы психотерапевта и циклы пациента — совсем не одно и то же. Психотерапевту нужно заканчивать начатые действия: если он приступил к какому-то действию, то должен закончить его, если, конечно, не появится какое-то более эффективное. Но так или иначе ему следует доводить до конца свои действия. А пациенту часто полезно начать неограниченный цикл, т. е. наметить ему новое положительное направление. Этот цикл будет продолжаться и завершится в будущем. Закрытие такого цикла может ограничить результаты до рамок данного сеанса, что не обязательно. Но тем не менее это значит, что психотерапевт заканчивает действие, предоставив новое направление пациенту. Для специалиста это закрытый цикл, успешно завершенное действие, для пациента — начало, которое будет продолжаться в дальнейшей жизни (см. *Когнитивная психотерапия, Аргументативный дискурс в психотерапии, Убеждение*).

## Ч

**ЧИКАГСКАЯ ШКОЛА.** Разрабатывает психоаналитический подход к психосоматическим расстройствам, подчеркивая значение эмоциональных факторов в возникновении соматического заболевания и особую роль в создании терапевтической программы.

Термин «психосоматический» принадлежит профессору психиатрии Лейпцигского университета Хайнроту (Heinroth J.), который ввел его в научный обиход в 1818 г. Интерес к проблеме психосоматических соотношений проявляли видные философы прошлого: Платон, Декарт, Лейбниц, Бэкон и др. Платон писал: «Лечение многих заболеваний неизвестно врачам, потому что они игнорируют целое, которое должны также изучать. Частям не может быть хорошо, если не хорошо целому». Роль психики, особенностей характера больного человека подчеркивали также Сократ и Гиппократ.

Психосоматическая медицина исторически и географически имеет 2 источника. Первый — изучение роли психосоциальных факторов в патогенезе заболеваний, проводимое в Германии после Первой мировой войны, второй связан с психиатрически-психоаналитическим направлением в США, на возникновение которого решающим образом повлияли выехавшие из фашистской Германии

психоаналитики.

Психосоматическое движение началось в Германии и Австрии в 20-30-х гг. нашего столетия как реакция на технизацию медицины и опиралось на работы Ч. Дарвина, К. Бернара, В. Кэннона о специфичности эмоционального выражения, характере сомато-вегетативных изменений в организме при реакциях бегства и борьбы и т. д. Второе направление — исследования И. П. Павлова, третье — труды Фрейда (Freud S.), который в своих работах никогда не использовал термин «психосоматическая медицина». Его личный вклад ограничен концепцией конверсионных нарушений, т. е. символического значения телесных изменений при конверсионной истерии. Разработка психосоматической теории, основанной на психоаналитическом подходе, принадлежит его коллегам. Гроддек (Groddeck G. W.) в дискуссиях с Фрейдом доказывал, что органические заболевания в конечном счете имеют психологическую природу. Он полагал, что телесное заболевание связано с Оно, с «силами, которые руководят нашей жизнью, пока мы думаем, что мы руководим ими». Ференци (Ferenczi S.) разработал близкую этому концепцию «символического языка органов» и использовал психоанализ как средство понимания болезни и метод ее лечения. Соматическая болезнь в его интерпретации — это трансформация нереализованной сексуальной энергии в нарушение функций вегетативных систем по механизму истерической конверсии в соответствии с фантастической эротической символикой. Дойч (Deutsch F.) разработал концепцию органных неврозов, в которой важное значение придает слабости органа, обусловленной предшествующим болезненным процессом. Эта концепция близка к идее Адлера (Adler A.) о миеодисплазии (1905), или неполноценности органа как выражении его конституциональной слабости. Один из пионеров психосоматического движения в США Желлиффе (Jelliffe S. E.) не видел границ между неврологией, психиатрией и психоанализом. В «Очерках психосоматической медицины» (1934) он определил свои взгляды как «психосоматический монизм». В 1931 г. Витковер (Wittkower E. D.) опубликовал книгу «Воздействие эмоций на соматические функции», а в 1935 г. вышла книга Данбар (Dunbar F.) с близким названием — «Эмоции и соматические изменения», в которой она стремилась показать связь между определенными личностными особенностями и характером телесного заболевания. С 1939 г. под ее редакцией стал издаваться журнал «Психосоматическая медицина». Данбар обобщила 20-летний опыт работы психиатра в больнице общего профиля в книге «Психосоматический диагноз» (1948), в которой закончила разработку концепции «профиля личности», считая, что эмоциональные реакции являются производными от личности больного и это позволяет предполагать развитие определенных соматических заболеваний в зависимости от профиля личности. Ею выделены коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям типы личности. Данбар так выразила свое отношение к психосоматическому подходу: «Некоторые думают, что психосоматическая медицина как специальность имеет дело лишь с известной группой болезней, как, например, дерматология или офтальмология. Но фактически прилагательное "психосоматический" указывает на концептуальный подход к человеческому организму со всеми его болезнями. Быть может, эта точка зрения более существенна для оценки одних заболеваний, нежели других, но, вообще говоря, не должно быть прежней дихотомии "психики" и "соматики". Психосоматический подход — стереоскопический, он содержит в себе и физиологическую, и психологическую технику. Он может быть применим ко всем болезням».

С начала 40-х гг. вышел ряд книг под одним названием — «Психосоматическая медицина». Холлидей (Halliday J., 1943) сделал попытку очертить границу психосоматических синдромов и их взаимосвязи. Он считал, что психосоматическими заболеваниями следует обозначать лишь такие, природа которых может быть понята только тогда, когда установлено несомненное влияние эмоционального фактора на физическое состояние. Он относил к ним нейродермит, люмбаго, мигрень, хорею, пептическую язву, колиты, гипертонию, бронхиальную астму, дисменорею, экзему, псориаз, нейроциркуляторную астению. Холлидей писал: «Психосоматическая концепция заставляет думать, исследовать, направляет действие».

Необходимость синтетического подхода к больному сформулировал Майер (Meyer A.), глава американской психиатрии в 40-50-х гг.: «Настоящий период в развитии психиатрических знаний характеризуется выдвиганием на первый план человеческой личности, на ней сосредоточена вся медицинская мысль современности».

Наиболее заметной фигурой в психоаналитической трактовке психосоматической проблемы

является *Александр* (Alexander F. G.). Он приехал в США из Германии сложившимся психоаналитиком, в 1939 г. основал Чикагский психоаналитический институт, где положил начало первым систематическим исследованиям психосоматических взаимоотношений в психоаналитическом аспекте. Он изучал роль психических факторов в этиопатогенезе желудочно-кишечных, дыхательных, а потом и сердечно-сосудистых расстройств. В 1934 г. Александр сформулировал принципы, которые легли в основу концепции специфичности:

1. Психические факторы, вызывающие соматические расстройства, имеют специфическую природу и включают определенное эмоциональное отношение пациента к окружению или к собственной личности. Правильное знание этих причинных факторов может быть приобретено в ходе психоаналитического лечения.

2. Сознательные психологические процессы пациента играют подчиненную роль в причинах соматических симптомов, пока такие сознательные эмоции и тенденции могут быть свободно выражены. Подавление эмоций и потребностей вызывает хроническую дисфункцию внутренних органов.

3. Актуальные жизненные ситуации пациента обычно оказывают только ускоряющее воздействие на расстройства. Понимание причинных психологических факторов может основываться лишь на знании развития личности пациента, так как только оно может объяснить реакцию на острую травмирующую ситуацию.

В отличие от Данбар, Александр подчеркивал значение психодинамического конфликта как более важного в природе психосоматического расстройства, чем личностный профиль. По Александру, 3 фактора: унаследованная или рано приобретенная органная или системная недостаточность, психологические паттерны конфликта и формируемая в раннем детстве защита, актуальные жизненные ситуации — важны в этиологии психосоматических расстройств.

Чикагский психоаналитический институт под руководством Александра, используя психоанализ как терапевтический подход, проводил разнообразные исследования дыхательной системы (бронхиальная астма, сенная лихорадка), сердечнососудистой системы (гипертензия, мигрень), эндокринно-метаболических расстройств (диабет, гипогликемия), кожных болезней (экзема, нейродермит и др.), заболеваний суставов и скелетной мускулатуры (ревматоидный артрит). Было установлено, что при ряде заболеваний сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, эндокринной, мышечной и кожной систем физиологические ответы на различные эмоциональные напряжения были индивидуально постоянны и различны у каждой группы заболеваний. Кроме того, вегетативные дисфункции, возникающие при внутреннем эмоциональном конфликте, коррелировали со специфическими физиологическими ответами. В своей книге «Психосоматическая медицина» (1950) Александр определял специфичность как «физиологические ответы на эмоциональные стимулы, нормальные или болезненные, которые разнятся природой эмоционального состояния. Эти вегетативные ответы на различные эмоциональные стимулы отличаются качеством эмоций». К моменту выхода этой книги Александра было выделено 6 специфических психосоматических заболеваний: язва двенадцатиперстной кишки, ревматоидный артрит, язвенный колит, бронхиальная астма, нейродермит и гипертензия. Исследование тиреотоксикоза в дальнейшем завершилось присоединением седьмого заболевания к «Проекту психосоматической специфичности». В работе Александра, Френча (French T. M.) и Поллока (Pollock G. H.) утверждается: «В целом наш длительный статистический анализ указывает, что могут быть совершенно достоверны различия между семью специфическими заболеваниями на основе психологических образцов, связанных с каждым из них» (1968). За год до смерти Александр писал: «Я полагаю, что в некоторых случаях психологические факторы могут быть этиологически более важны, в других — менее. Моя точка зрения состояла только в том, что они заметно присутствуют в специфических расстройствах при семи заболеваниях, сущность которых была исследована Ч. ш.». Практическая ценность исследований Александра заключается в том, что если специфические психологические особенности характерны для определенных заболеваний, то это даст возможность ранней диагностики соматического поражения по психологическим характеристикам пациента. Дальнейшие исследования Поллока показали, что пациенты с характерными психодинамическими констелляциями и уязвимостью соматической системы или органа обладают высоким риском развития специфического соматического заболевания. Продолжаются поиски

корреляций между специфическим эмоциональным конфликтом и соматическим заболеванием. Сохраняется также тенденция рассматривать психосоматическую болезнь как выражение заболевания структуры «Я». Если в ходе жизни чувство «Я» и чувство реальности человека не получают полного развития, ему приходится переадаптироваться к требованиям внешнего мира или к состоянию отгороженности от многих сфер жизни. Индивидуум с психосоматическим заболеванием реагирует на трудности в социальной, профессиональной, личной ситуации бегством в ложную идентичность. Таким образом он стремится уйти от реального, актуального вопроса «кто я?», заменяя его симптомо-ориентированным вопросом «что со мной, чем я страдаю?». Другими словами, вопрос о его собственной идентичности заменяется вопросом о симптоме, который представляет интернализированный образ матери раннего детства, поскольку она была способна реагировать по-матерински только тогда, когда ребенок был болен.

Наряду с исследованиями Чикагского психоаналитического института, завершившимися выделением группы специфических психосоматических заболеваний, существует и другая точка зрения, согласно которой психосоматическая медицина рассматривается как личностно-ориентированный подход ко всем заболеваниям. В книге «Психосоматическая медицина» (1943) Вейс, Инглиш (Weiss E., English O. S.) писали: «Близок день, когда окончательно исчезнут в диагностике выражения "или — или" — функциональное или органическое, а на смену им придут "как много того или другого", эмоционального или соматического. Такова истинная психосоматическая концепция в медицине».

## Э

**ЭГО-АНАЛИЗ А. ФРЕЙД.** Ранний психоанализ преимущественно был сосредоточен на психологии Ид (Оно), связанных с ним конфликтах и в меньшей мере касался Эго («Я») как части личности, ее самости (self). Разработка представления о защитных механизмах способствовала смещению фокуса психоаналитических исследований. В 1939 г. Хартманн (Hartmann H.) опубликовал статью под названием «Эго-психология и проблема адаптации», в которой проводилась мысль о том, что адаптивная психология может опираться лишь на решающую роль в функционировании личности «Я», которое должно занять место Оно. У Хартманна «Я» становится центральной инстанцией.

Дочь Фрейда (Freud S.) А. Фрейд (Freud A.) в своей работе «Эго и механизмы защиты» (1936) обратила внимание на то, что теория психоанализа длительное время неправомерно признавалась и понималась лишь как психология бессознательного, и это определение «немедленно утрачивало претензии на точность, как только его применяли к психоаналитической терапии».

Психотерапевтический метод, по мнению А. Фрейда, с самого начала и до конца имеет дело с «Я» и его отклонениями, в то время как рассмотрение и исследование бессознательного является лишь средством для достижения конечной цели. Последняя при аналитической терапии также непосредственно связана с «Я» и заключается в коррекции отклонений и восстановлении целостности «Я». Эти разработки сделали психоаналитическую теорию более открытой для психосоциальных исследований и имели своей целью повышение требований к психоанализу как общей психологии человека.

Центром исследований А. Фрейд стало «Я» субъекта как опосредующее звено, через которое можно уточнить и расширить значение 2 других образований личности: Оно и Сверх-«Я». Воссоздание сложной картины взаимосвязей всех уровней личности обеспечивается уникальной способностью «Я» к самонаблюдению. Если отношения между «Я» и Оно благоприятны, то инстинктивные импульсы беспрепятственно прокладывают себе дорогу наверх, а «Я» лишь выполняет функцию наблюдателя, не вмешиваясь в сам процесс и не искажая его. При конфликтных отношениях между этими образованиями процесс взаимосвязей между ними отражается «Я» гораздо менее определенно. Эти соотношения наиболее ценны для психоанализа, так как отражают взаимодействия, обусловленные защитными мерами со стороны «Я». На рассмотрение и ретроспективную реконструкцию защитных механизмов и направлен Э.-а. А. Ф. Существенное место в исследованиях А. Фрейд отводится особенностям приспособления детей к требованиям внешнего мира. Ею были отмечены определенные параллели между защитными мерами «Я» против внешней и внутренней опасности. Вытеснение,

например, освобождает от инстинктивных производных. Отрицание способствует «уничтожению» угрожающих стимулов окружения. Защитный механизм формирования реакции предохраняет «Я» от воспроизведения вытесненных импульсов, а фантазии, в которые включена реальность, обеспечивают защиту от воздействия извне. Торможение импульсов сходно с запретами, благодаря которым личность избегает неприятностей, исходящих из внешнего мира. Интеллектуализация инстинктивных импульсов аналогична, по мнению А. Фрейда, настороженности «Я» по отношению к внешним опасностям. Остальные защитные действия заключаются в самих побудительных стремлениях и, с точки зрения автора, подобны действиям «Я», направленным на реконструкцию внешних условий. А. Фрейд полагала, что аналитическая терапия детей ставит такие ситуационные проблемы, которые имеют очень мало общего с практикой лечения взрослых. Многие работы А. Фрейда посвящены пониманию и преодолению конфликтов у детей.

**ЭГО-АНАЛИЗ КЛЯЙН.** Вариант *психоаналитической психотерапии*, отражающий модификации ее теоретических концепций и техники применения и стремящийся к «расширению Эго».

Теоретические взгляды Кляйн (Klein M.) наиболее близки к психологии объектных отношений (см. *Неопсихоанализ*). Кляйн использовала идеи *Фрейда* (Freud S.) об объектах, вине, тревоге, фантазиях, инстинкте смерти и переработала их в теорию ранней агрессивности. Она вновь подчеркнула важность изучения этапа раннего развития, а также открыла возможность психоаналитической работы с больными психозами. Игровая техника, которую она разработала для лечения детей, выявила богатый внутренний мир ребенка, населенный фантастическими объектами и людьми. Кляйн описала базисные бессознательные фантазии, тревоги и защитные механизмы. Ее понимание ранних базисных механизмов открыло ученикам и сотрудникам (Segal H., 1986) путь для анализа пограничных случаев и больных психозами. Кляйн установила, что при лечении детей аналитику передается отношение пациента не к реальным родителям, а к интернализированным фантазийным фигурам, внутренним родителям. Исходя из этого, она подчеркивала важность ранних интернализированных объектных отношений при нормальном и патологическом развитии детей и взрослых. Она верила, что образование Супер-Эго начинается намного раньше, чем обычно думают, и что агрессивные побуждения приводят к констелляциям, описанным как параноидно-шизоидная и депрессивная позиции, а также к маниакальной защите против тревоги. Эти две позиции представляют собой концептуальное развитие фиксированных онтогенетических моделей инстинктивных фаз Фрейда. Кляйн заменила концепцию стадий на концепцию, согласно которой объектные отношения и вышеуказанные позиции приводят к смешиванию влечений, защитных механизмов и отношений к объектам, выраженным в аффективно окрашенном поведении. Поскольку параноидно-шизоидная и депрессивная позиции могут рассматриваться как фазы развития, термин «позиция» подчеркивает, что описываемые феномены являются не просто проявлением текущей стадии, а скорее специфической формой объектных отношений, тревог и защитных механизмов, которые существуют на протяжении всей жизни. Депрессивная позиция никогда полностью не замещает параноидно-шизоидную; достигнутая интеграция никогда не бывает полной, и защита против депрессивного конфликта приводит к регрессии до параноидно-шизоидной позиции; таким образом, индивид все время может колебаться между этими двумя позициями (Segal H., 1973). Формулировки Кляйн критиковались, так как, будучи выраженными в теоретических терминах, они в действительности смешивают клинические идеи с теоретическими. Особые возражения встретило предположение Кляйн о том, что в отношении негативного *переноса* и агрессивно-деструктивных побуждений пациента, как ребенка, так и взрослого, можно и следует предпринимать действия немедленно после их проявлений, не подвергая риску развитие терапевтического союза. Полемика затрагивала также вопросы: о врожденном инстинкте смерти; об обширных врожденных знаниях, относящихся к неонатальному периоду; о преувеличении значения интрапсихического развития в течение первого года жизни при относительном пренебрежении к более позднему развитию Эго и Супер-Эго; о технических приемах, используемых при всех уровнях патологии и фокусирующихся почти исключительно на переносе, в то время как реальности придается минимальное значение; о поспешных и глубинных *интерпретациях* бессознательных фантазий при игнорировании анализа характера; о том, что игра ребенка может считаться эквивалентом *свободных ассоциаций* взрослого пациента.

Идеи Кляйн в значительной степени соответствовали тому, что развивал Джонс (Jones E.),

особенно идея о важности прегенитальной и врожденной детерминант в противоположность стрессогенному влиянию среды, раннему развитию женской сексуальности, а также роли агрессии при тревоге. Согласно Кляйн, либидинозный объект является хорошим или плохим (в общем смысле), однако эта оценка окончательно за ним не закрепляется. Если хороший объект находится вовне и ребенок, чтобы овладеть им, стремится к внешнему миру, отодвигая на задний план все остальное, например собственное тело, выступающее в таком случае в качестве плохого объекта, то возникает невротизирующая ситуация. Если же хороший объект локализуется внутри и именно здесь ребенок пытается его найти, наблюдается психотическое бегство от действительности, разрыв с реальностью. Всякое же страдание взрослого, с точки зрения Кляйн, является повторением тех «безмерных» страданий, через которые прошел ребенок, безмерных потому, что ребенком вновь переживается вся история цивилизации.

Кляйн оказала влияние на практику детского психоанализа. Она ввела элементы игры в широком смысле слова (рисование, моделирование, конструирование, изготовление различных поделок) и использовала их для создания переноса. Она считала, что ребенок слишком рано начинает испытывать на себе сильное давление со стороны Супер-Эго, которое нужно ослабить, чтобы помочь ребенку выдержать его. Агрессивность, фантазии, добро и зло создают особый мир детского воображения, решительно опровергающий мифические представления о невинном ребенке. По мнению Кляйн, психоанализ детей должен иметь адаптивную, педагогическую направленность либо приносить успокоение и освобождение от страхов. В отношении взрослых пациентов Кляйн считала, что ее метод лечения гораздо ближе к модели Фрейда, чем к модели Эго-психологов. Возможно, по этой причине она так и не оставила законченного описания своих технических приемов, и ее ссылки на них рассеяны в клинических материалах и сосредоточены лишь в одной книге за 1961 г. Более подробно об этом сообщают ее последователи, в частности Сегал, которая в 1964 г. дала общее описание концепций Кляйн и представила клинический материал, иллюстрирующий ее методические подходы, а в 1967 г. опубликовала заключение о методике Кляйн. Психоаналитики этого направления строго придерживаются классической психоаналитической обстановки и работают с материалом пациентов исключительно посредством интерпретаций, по большей части — интерпретаций переноса. В отличие от Эго-психологического подхода, подчеркивающего важность как поверхностной, так и глубинной интерпретации материала, как анализа защитных форм, так и анализа содержания, последователи Кляйн говорят о важности рассмотрения бессознательных интрапсихических конфликтов на уровне самой глубокой активирующей тревоги пациента в данный момент. Интерпретация с учетом максимальной бессознательной тревоги пациента означает очень раннюю интерпретацию глубинного бессознательного материала. На практике это интерпретация примитивных фантазий и защитных форм, относящихся к двум ранним позициям развития с самого начала лечения. Из взглядов Кляйн следует, что все тревожные ситуации, через которые проходит ребенок, вызовут реактивацию тревоги преследующего и депрессивного содержания, поскольку в процессе переноса появятся примитивные защиты, сюжеты и страхи.

Так как концепция Кляйн соединяет посредством психопатологии параноидно-шизоидную и депрессивную позиции, клинические синдромы невротозов, патологию характера и большие психозы, считается, что самый глубокий уровень бессознательной тревоги во всех случаях представляет психотическая тревога; другими словами, бессознательные конфликты, защитные формы и тревога, характерная для шизофрении, паранойи и маниакально-депрессивного психоза, имеют место во всех случаях. Предполагается универсальное существование психотических и непсихотических аспектов в личности. Данная концепция психопатологии способствовала тому, что психоаналитики этой школы применяли одну и ту же психоаналитическую методику в отношении пациентов всех уровней психопатологии (за исключением органически обусловленных расстройств) без учета (в практических целях) тяжести психопатологии. Использование немодифицированной психоаналитической методики к пациентам с тяжелыми формами патологии характера, пограничными состояниями и психозами позволило психоаналитикам этого направления получить клинический материал, подтверждавший, по их мнению, основные теоретические концепции о соотношении между упомянутыми двумя самыми ранними стадиями развития и всеми видами психопатологии. Представители школы Кляйн, рассматривая параноидно-шизоидные и депрессивные черты, акцентируют важность интерпретации как



негативных, так и позитивных аспектов переноса с учетом обеих этих позиций. Сама Кляйн подчеркивала значение тщательных исследований очень ранних защитных форм и конфликтов в начальной и завершающей стадиях психоанализа и указывала на важность достаточной проработки двух позиций развития как на предпосылку успешного завершения психоанализа.

См. также *Психоаналитическая психотерапия объектных отношений по Кернбергу*.

**ЭГО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ГИЛЛА, СТОУНА, БИБРИНГА и др.** Психоаналитическое исследование механизмов защиты и *сопротивления, переносов* и производных влечений у пациентов с выраженной характерологической патологией и пограничной личностной организацией показало, что структурные характеристики личности больных с пограничными заболеваниями не позволяют применять психоаналитическую модель *психоаналитической психотерапии*, если эту модель не модифицировать (Kernberg O. F., 1980). Позиция технического нейтралитета, занимаемая аналитиком, использование *интерпретации* в качестве основного психотерапевтического инструмента и систематический анализ переноса, будучи определяющими компонентами *психоанализа*, в случае психоаналитической психотерапии должны быть модифицированы с учетом одной или всех трех указанных технических составляющих психоанализа.

Эго-психологическая теория психоаналитической психотерапии, предложенная Гиллом (Gill M., 1954), Стоуном (Stone L., 1954), Бибрингом (Bibring E., 1954) и др., заложила основы для развития психоаналитической психотерапии и ее методических подходов. Она фокусируется, в отличие от психоанализа, на некоторых ограниченных задачах с частичным разрешением бессознательных конфликтов и последующей частичной же интеграцией ранее подавленных импульсов в систему взрослого «Я». В результате увеличивается сила и гибкость «Я». Это создает возможности для более эффективного подавления резидуальных, динамически бессознательных импульсов и изменения защитного функционирования, что приводит к усилению адаптивных аспектов поведения и структуры характера пациента.

В концепции переноса, изложенной в книге Стоуна «Психоаналитическая ситуация» (цит. по Greenson R. R., 1994), уже не ставится акцент на регрессивном его аспекте, а подчеркивается важность развития «зрелого, обдуманного переноса», т. е. «рабочего альянса». Концепция необходимости вознаграждений, ограниченные терапевтические цели аналитика, внимание к различным сосуществующим отношениям аналитика и пациента (невротические реакции и невротические отношения к аналитику) — все это представляется значительным вкладом в теорию и технику психоанализа. Важным новшеством в концепции сопротивления и *психологической защиты* является рассмотрение Гиллом иерархии защит с учетом нижнего (неосознаваемые и автоматические, как правило, патогенные) и более высокого уровней (осознанные и адаптивные).

По мнению Бибринга, такие неаналитические *психотерапевтические вмешательства*, как *катарсис*, суггестия и манипуляция, могут стать важной частью психоаналитической психотерапии. Следует добавить к этому так называемую частичную интерпретацию, означающую как предварительный ее характер, ограниченный сознательными и предсознательными сферами, так и полную интерпретацию отдельных интрапсихических «сегментов», при том что остальные остаются нетронутыми. Эффект этих приемов в строгом смысле будет все-таки «аналитическим», т. е. раскрывающим, по крайней мере частично, бессознательные мотивы и конфликты. Прямое содействие абреакции позволяет выразить в терапевтической ситуации сдерживаемые или подавляемые эмоции, снижая тем самым интрапсихическое напряжение, когда врач выступает в роли терпимой и эмпатической «родительской фигуры», а также посредством других переносов, приносящих удовлетворение. *Внушение* (в том числе *гипноз*), советы могут быть эффективными благодаря переносным чувствам прямой поддержки и власти со стороны значимой «родительской фигуры», подкреплению адаптивного разрешения интрапсихических конфликтов, снижению напряжения Сверх-Я (путем его экстернализации и в процессе модификации личности), а также приему ускорения процессов идентификации с активными и поддерживающими установками психотерапевта по отношению к пациенту.

Лечебными механизмами всех этих психотерапевтических приемов, воздействующими на пациента в психоаналитической ситуации, являются *коррективный эмоциональный опыт*; конкретные,

приносящие удовлетворение переносы, символически осуществляемые в процессе вмешательств психотерапевта и выражающиеся в суггестии, манипуляции, например, создание для пациента более благоприятного социального окружения, абреакции; разъяснения, интерпретации и самое важное — активизация у больных процессов идентификации с помощью всех этих вмешательств: адаптивные Я-идентификации с психотерапевтом непосредственно увеличивают силы пациента.

Объединяя приемы, применяемые в психоаналитической психотерапии, Эго-психология определяет две главные модальности лечения (Gill M., 1954): 1) экспрессивная психоаналитическая психотерапия, использующая исследование, раскрытие, *инсайт*; 2) *поддерживающая психотерапия*. В качестве главных инструментов экспрессивной психоаналитической психотерапии используются прояснения и интерпретации. Интерпретируются частичные аспекты переноса, и психотерапевт активно отбирает такие переносы для интерпретации в свете конкретных целей лечения. Соблюдается технический нейтралитет, а систематический анализ всех случаев переноса или систематическое разрешение невроза переноса с помощью лишь интерпретаций не предпринимается. В поддерживающей психоаналитической психотерапии частично используются разъяснения и абреакции, но главные ее инструменты — суггестия и манипуляция. Поскольку поддерживающая психотерапия все-таки означает, что психотерапевт полностью осознает перенос и управляет им, внимательно учитывает сопротивления переноса как часть своей методики в подходе к проблемам характера и их связи с жизненными трудностями пациента, то речь идет о психоаналитической психотерапии в широком смысле. В данном случае можно говорить о типе сопротивления, выделенном *Фрейдом* (Freud S.), «сопротивление-перенос». Под сопротивлением переноса понимают использование переноса в качестве сопротивления припоминанию прошлого и др. Однако в чисто поддерживающей психотерапии перенос не интерпретируется, а применение суггестии и манипуляции полностью исключает технический нейтралитет психотерапевта. Показаниями для психоаналитической психотерапии могут быть «слабые случаи», при которых «большая хирургия» психоанализа неоправданна, и выраженные нервно-психические заболевания (тяжелая характерологическая патология и др.), где психоанализ скорее противопоказан. Для последней категории больных описанный подход Эго-психологической теории психоаналитической психотерапии далеко не всегда является эффективным.

Дальнейшим шагом по пути модификации психоаналитических техник является третий психоаналитический подход (в дополнение к классическому и современному, Эго-психологическому) — психоаналитическая теория объектных отношений.

См. также *Психоаналитическая психотерапия объектных отношений по Кернбергу*.

**ЭГО-ПСИХОЛОГИЯ (ПЕРСОНОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ).** Направление психоанализа, представители которого (в отличие от ортодоксального психоанализа, рассматривающего инстинкты, влечения как доминирующую часть личности) считают, что наиболее важную и независимую роль в функционировании личности играет «Я», которое осуществляет борьбу с влечениями, регулирует взаимоотношения личности со средой и при этом является автономным образованием с определенными структурами и защитными механизмами. В персоналистской теории считается, что *психологическая защита* — это следствие противоречий в структуре «Я». Целью защитного процесса является согласование между реальным содержанием сознания и Я-концепцией. В англоязычной литературе это направление определяется как Эго-психология. Понятие «конфликт», характерное для *классического психоанализа*, в Эго-психологии может заменяться понятием «диалог индивида со средой». Среда рассматривается при этом как ближайшее окружение индивида. Процесс развития «Я» сводится к адаптации. Главными представителями Эго-психологии являются А. Фрейд (Freud A.), Хартманн (Hartmann H.), Эриксон (Erikson E.).

Для Эго-психологии характерно стремление к самостоятельности и стабильности личности. Ее сторонники пытаются преодолеть расщепленность человеческой индивидуальности, характерную для теории *Фрейда* (Freud S.). Они придают «Я» некоторые структурные характеристики, снабжают его механизмом ориентации в среде (перцепции), построения понятий, а также управления двигательными актами. Предполагается, что функции «Я» не зависят от влечений, они автономны. Влечения запускают в ход аппарат «Я», т. е. процессы восприятия, памяти, действия, однако не определяют характер их функционирования. Источником энергии для этих аппаратов либо являются они сами, либо возможно переключение первичной энергии влечений на нужды «Я» (Ярошевский М. Г., 1974).

Новая ориентация психоанализа, получившая наибольшее признание в США, помогала пациенту адаптироваться, обеспечивала ему хорошее самочувствие, укрепляла его защитные механизмы, формировала сильное Я, способное противостоять различным угрозам.

Развитие теоретических положений Эго-психологии принадлежит Хартманну, а также Крису (Kris E.), Ловенштейну (Loewenstein R.). В 1939 г. Хартманн опубликовал статью «Эго-психология и проблема адаптации». В ней говорилось, что адаптивная психология может основываться лишь на признании решающей роли «Я», которое должно занять место Оно. «Я» стало в теории Хартманна центральной инстанцией, состоящей из 2 компонентов. Одна часть «Я» независима, не является следствием конфликта между Оно и Сверх-«Я» и формируется постепенно, следуя за этапами организаций психики. Это «автономное "Я"», которое нужно укреплять, чтобы помочь пациенту противостоять трудностям, возникающим при контакте с внешним миром. Наряду с этим «Я» выступает носителем «нейтрализованной» энергии, являющейся результатом уничтожения агрессивности влечениями либидо. Хартманн преобразовал «Я» в нейтральную инстанцию. Он создал концепцию о врожденных корнях развития «Я», существующих независимо от инстинктивных влечений в форме «аппаратов первичной автономии» перцепции, мобильности и памяти. Со временем эти физиологические задатки начинают регулироваться психическими процессами, они не развиваются на почве внутреннего конфликта, а скорее служат целям адаптации и овладения, однако могут участвовать в инстинктивных и конфликтных процессах, как, например, в случае, когда визуальное восприятие сексуализируется, что ведет к истерической слепоте. Эти первичные автономные функции являются филогенетическими гарантами координации в отношении «среднего ожидаемого окружения». С течением времени другие функции «Я», имеющие отношение к конфликту и защите, могут подвергнуться изменению путем десексуализации и автоматизации, т. е. могут утратить инстинктивное качество и стать полезными в адаптивном смысле. Они носят название вторичных автономных функций. Как первичные, так и вторичные автономные функции обеспечивают фундамент относительной автономии «Я» от влечений и тем самым служат адаптивным целям. Вместе с Крисом и Ловенштейном Хартманн работал над использованием некоторых идей о расширенном взгляде на «Я» в психоаналитическом лечении. Крис создал концепцию регрессии на службе «Я», которая нашла применение в изучении творчества в искусстве и литературе. Такие бессознательные силы могут генерировать творческие идеи и формироваться под интегративным контролем «Я».

Работа А. Фрейда «Эго и механизмы защиты» (1936) явилась значительным вкладом, который помог консолидировать прогрессивные идеи — предвестники понятия об адаптивных функциях «Я». В этой книге она разработала концепцию специфических защит, дополняющих основной механизм подавления, подчеркнула значение аффектов и показала отношение между ответными реакциями на внешнюю опасность и защитными формами против внутренней инстинктивной опасности. А. Фрейд указала на 9 защитных механизмов: регрессию, подавление, реактивное образование, изоляцию, уничтожение, проекцию, интроекцию, обращение против себя, реверсию; кроме того, выделила еще один, переходный, — сублимацию. Она полагала, что психоанализ детей ставит такие ситуационные проблемы, которые не имеют ничего общего с практикой лечения взрослых. А. Фрейд обосновывала, по существу, «квазиморальное» лечение, заостряя существующие у ребенка трудности и вызывая у него чувство виновности, чтобы доступными для него путями реализовать эквивалент желания, побуждающий взрослого прибегать к психоанализу. Она полагала, что Сверх-«Я» маленького ребенка еще малоэффективно, а психоанализ слишком быстро привел бы к удовлетворению его желаний. Будущая же его взрослая жизнь не сулит подобных быстрых удовлетворений, поэтому нужно укреплять Сверх-«Я» ребенка, готовить его к тому, чтобы в дальнейшем он мог успешно противостоять неудовлетворенным желаниям.

Третий из главных представителей этого направления, Эриксон, много лет работал над сближением культурных влияний и *индивидуальной психологии*. Начав с положений теории либидо, он изучал сложное взаимодействие социальных и культурных форм с силами становления зрелости, раскрывающимися в индивиде. Эта эпигенетическая концепция развития подчеркивает значение специфической для каждой фазы эволюционной задачи и врожденной координации со «средним ожидаемым окружением». В противоположность тезису психоанализа об антагонизме личности и общества Эриксон подчеркивал биосоциальную природу и адаптивный характер поведения личности,

центральной, интегративным качеством которой является психосоциальная идентичность. Субъективно переживаемая как «чувство непрерывной самотождественности», психосоциальная идентичность базируется на принятии личностью целостного образа себя в единстве с ее многообразными социальными связями. Изменение социокультурных условий существования личности ведет к утрате прежней и необходимости формирования новой идентичности. Возникающие на этом пути личностные затруднения могут привести к тяжелому неврозу («потеря себя»). На основании этого Эриксон делал вывод об обусловленности массовых неврозов глубокими потрясениями в жизни общества на поворотах истории (войны, революции и т. д.). Смысл психотерапевтической работы усматривался в возвращении пациенту утраченного чувства идентичности. Им были выделены 8 стадий человеческой жизни:

- 1) доверие — недоверие (1 год);
- 2) самостоятельность — нерешительность (2-3 года);
- 3) предприимчивость и чувство вины (4-5 лет);
- 4) умелость и неполноценность (6-11 лет);
- 5) идентификация личности и путаница ролей (12-18 лет);
- 6) близость и одиночество (начало зрелости);
- 7) общечеловечность и самопоглощенность (зрелый возраст);
- 8) цельность и безнадежность (после окончания основной работы жизни).

С точки зрения Эго-психологии индивид рассматривается с позиций способности к адаптации, испытанию реальностью, к защите и их использованию в клинической ситуации и жизни вообще, для того чтобы обратить внимание на внутренний мир побуждений, чувств и фантазий и внешний мир реальных требований. Способности к адаптации, испытанию реальностью и защите в своем эволюционном развитии рассматриваются как медленно достигаемые и формируемые со временем. В то время как исторически большинство Эго-концепций развивались из психологии влечений — конфликтов и оставались тесно связанными с ней посредством концепций защиты от влечений, работа Хартманна (1939) перенесла акцент на адаптацию к «среднему ожидаемому окружению». Концепция развития функционирования «Я» использовалась также для выделения понятия «дефект "Я"». Поскольку взрослые (и старшие дети) имеют способности к адаптации, испытанию реальностью и защите, которых у детей младшего возраста нет, можно допустить их возникновение на промежуточной стадии. То, что развивается с трудом или путем, отклоняющимся от нормы, неудачи развития в сфере адаптивных способностей могут рассматриваться как «дефект "Я"», например аффективная вспышка, неспособность к отдалению импульсов и контролю над ними, неудачи в достижении постоянства. Такие дефекты связаны с конфликтом; конфликт может влиять негативно, и они в любом случае будут включены в фантазии индивида и его опыт и, следовательно, станут элементами конфликта, выполняя многочисленные функции (Waelder R., 1930), но при этом они могут быть с успехом (с рабочей, клинической точки зрения) приняты во внимание как дефекты — неспособность к адаптации.

Эти концепции, сгруппированные под общим названием Эго-психологии, оказали огромное влияние на направление развития теории и практики психоанализа. В последние годы они подверглись нападкам как слишком биологические и механистические, недостаточно уделяющие внимания смысловой стороне и внутреннему опыту. Кроме того, акцент на психической энергии и ее сложной изменчивости, по мнению многих психоаналитиков, слишком отдаляет Эго-психологию от клинических феноменов. В настоящее время наблюдается тенденция скорректировать этот акцент за счет контракта на субъективном опыте, смысле и эмпатической интеракции. Вклад Эго-психологии в психоанализ был очень важным, так как она дала много полезных концепций, например таких, как первичная и вторичная автономность «Я», изменение функции, обоснование теорий объектных отношений и адаптации, врожденные социальные способности и взаимосвязь индивидуального развития с окружением (Curtis H. C., 1991).

**ЭДИПОВ КОМПЛЕКС.** Термин, навеянный известной античной драмой, впервые появляется у Фрейда (Freud S.) в 1910 г. Означает сочетание любви и враждебности, испытываемое ребенком по отношению к его родителям. Впервые описан в «простой», или «позитивной», форме в соответствии с сюжетом драмы. Позитивный Э. к. понимается как желание смерти соперника — родителя того же пола — и сексуальное побуждение к родителю противоположного пола. Позднее Фрейд обнаружил более

сложный характер Э.к. и описал так называемый «негативный» его вариант, проявляющийся в любви к родителю того же пола и враждебности к родителю противоположного пола. Эти тенденции могут быть представлены одновременно в причудливых диалектических сочетаниях, так что на практике Э. к. проявляется в виде комбинации вариантов вдоль оси между его позитивным и негативным типом. В период Э. к. отношение мальчика к отцу не является простым соперничеством за обладание матерью, а представляет собой сложное взаимодействие гетеро- и гомосексуальных тенденций.

Первоначально Фрейд не определял точного времени возникновения Э. к., допуская, что выбор сексуального объекта окончательно формируется лишь в пубертатном периоде. Выделение генитального или фаллического периода развития (т. е. когда направление аффективных побуждений начинает детерминироваться не достигшей еще полного развития генитальной сферой) и исследования инфантильной сексуальности, обнаружившие активацию Э. к. в этот период, привели к признанию того, что феномен Э. к. наблюдается в наиболее интенсивных проявлениях в возрасте 3-5 лет, т. е. во время фаллической стадии развития, теряет свою актуальность в последующей латентной фазе и вновь реактивируется в пубертатном периоде вплоть до завершения полового созревания. Эдиповому периоду предшествует так называемый презэдиповый период развития, в течение которого у детей обоих полов доминируют прегенитальные, т.е. асексуальные отношения с матерью, тогда как отец играет гораздо меньшую роль в семейной динамике. В школе Кляйн (Klein M.) принято считать, что проявления Э. к. прослеживаются и в период, предшествующий генитальной фазе, начиная от момента распознавания ребенком лиц ближайшего окружения в качестве отдельных объектов.

В самых ранних версиях теория Э. к. была предложена на модели чувств, испытываемых маленьким мальчиком. Фрейд долгое время полагал, что она справедлива и для девочек, с соответствующей поправкой на пол родителей. Позднее были обнаружены существенные полоролевые различия в психодинамике Э. к. в связи с разным протеканием фаллического периода у обоих полов и характерным для девочек перемещением направления любовных побуждений от материнского объекта в презэдиповом к отцовскому в эдиповом периоде развития.

С точки зрения Фрейда, феномен Э. к. является универсальным, проявляясь в любых культурах, в том числе и там, где супружеская семья как элемент социальной организации общества не является доминирующей. Он играет фундаментальную роль в структурировании личности и ориентации инстинктивных побуждений. Определяется это тремя основными причинами: 1) Формирование полоролевой ориентации в пубертатном периоде универсально включает в себя проблему нормативного выбора пола объекта, с которым в дальнейшей жизни будут связаны сексуальные побуждения и идентификация с объектами своего пола. Родители при этом неизбежно являются первыми доступными ребенку полоролевыми моделями, на которых он приобретает индивидуальный опыт различения полов и осознания своей половой идентичности. Этот сложный процесс всегда включает формирование социокультурно фундированного психологического запрета на кровосмешение. 2) Половое созревание индивидуума не обеспечивается одним только формированием генитальных морфологических и нейроэндокринных структур организма и должно сопровождаться организацией соответствующих психологических структур. 3) Половое созревание имеет решающее значение в формировании таких личностных структур, непосредственно не связанных с половым поведением, как Сверх-Я и Идеал-Я.

Разрешение Э. к. в норме не должно представлять собой лишь подавление или вытеснение в сферу бессознательного социально неприемлемых сексуальных побуждений, так как в этом случае непреодоленный Э. к. сохраняет свою активность в бессознательной жизни индивидуума, создавая предпосылки для возникновения неврозов. Идеалом является завершение этого процесса, при котором отсутствуют конфликтные напряжения между такими структурными элементами личности, как «Я», Сверх-Я, Идеал-Я. Механизм разрешения Э. к. сложен и далеко не во всем определяется реальными отношениями внутри треугольника мать — отец — ребенок. Значительной здесь является роль архетипического запрета на кровосмешение, являющегося, с точки зрения так называемых «культуралистов» (Леви-Стросс (Levi-Strauss C.)), универсальным общечеловеческим законом и минимальным условием дифференциации «культуры» от «природы». Велика роль и типичных детских фантазий того периода — фантазия возможной кастрации как мести отца за кровосмесительные помыслы у мальчиков и фантазия родить отцу их общего ребенка, который компенсировал бы невозможность принадлежать отцу вместо матери, у девочек. На взаимодействие семейной группы в

этот период могут оказывать влияние и бессознательные кровосмесительные фантазии родителей при неудовлетворительном разрешении у них Э. к., поскольку в структуру личности ребенка закладывается не только сам по себе образ родителя, но и тип отношений с ним.

**ЭКЗИСТЕНЦИОНАЛЬНАЯ ГИПНОТЕРАПИЯ.** Известные американские психотерапевты Кинг и Цитренбаум (King M. E., Citrenbaum Ch. M., 1993) разработали интегративную модель *гипнотерапии*, синтезирующую эриксоновский подход к *гипнозу* и некоторые основные положения экзистенциальной теории, применимые к использованию клинического гипноза. Авторы считают *эриксоновский гипноз* и психотерапию по своей сути экзистенциальными. В частности, отправным пунктом в работе Эриксона (Erickson M. N.), отмечают они, была апелляция к бытию — к тому, какой жизнью жил человек, и каждый раз он создавал индивидуальную теорию личности пациента, приходящего в его кабинет. Им также импонирует свойственной работе Эриксона тесное переплетение гипноза и психотерапии.

Для экзистенциального гипнотерапевта важно следовать некоторым положениям экзистенциализма. Во-первых, понимание психотерапевтом Я-концепции как одной из обычных форм проявления отчуждения, и поэтому идеальная Я-концепция — это ее отсутствие. Во-вторых, тревожность сама по себе не оценивается как признак патологии. Экзистенциально-ориентированный гипнотерапевт научает пациента ценить чувство тревоги и управлять им, но не пытаться устранить его в результате лечения. В-третьих, существенной задачей гипнотерапевта является передача пациенту веры в реальность свободы личности. Избавление от всех душевных расстройств начинается тогда, когда пациент видит себя добровольно попавшим в ситуацию, а не считает себя ее жертвой. Как только пациенты начинают видеть, что в нынешней ситуации они оказались благодаря своему выбору, у них появляется реальная надежда, что они смогут ее изменить. Это начало психотерапевтического процесса. Каждый человек ответствен за понимание и использование своей собственной истории, с тем чтобы добиться исцеления. Быть ответственным также означает научиться перестать реагировать на тиранию «Их» (термин Хайдеггера — Heidegger M.). Экзистенциальный психотерапевт может помочь пациенту увидеть, например, всю нелепость работы ради того, чтобы понравиться другим. В-четвертых, важной задачей психотерапевта является доведение до пациента понимания того, что выздоровление возможно, но оно потребует тяжелой работы от самого пациента. Если появление чувства ответственности за себя знаменует начало выздоровления, то чувство возрастающей личной силы и возможностей венчает успешный исход всего психотерапевтического лечения. Э. г. направлена на развитие и повышение сил и возможностей пациента. В-пятых, экзистенциальный гипнотерапевт в процессе всего лечения поощряет пациента к открытости для неизвестного, к экзистенциальной неопределенности и способности избавиться от догм.

Авторы Э. г. отвергают авторитарную модель гипноза и рассматривают его не как статическое состояние, а как процесс, являющийся продуктом психотерапевтических отношений «гипнотерапевт—пациент». Так как *гипнабельность*, или внушаемость, зависит от этих отношений, то для экзистенциального гипнотерапевта стандартные пробы на внушаемость или измерение глубины гипнотического транса не имеют значения. Экзистенциальный психотерапевт обязан уделять особое внимание целостному процессу взаимоотношений с пациентом и понимать, что гипноз — только один из лечебных инструментов, применяемых в его профессии. Гипнотерапия не должна быть основным лечением для любого пациента (и даже когда она им является, она редко может быть единственным терапевтическим методом). Авторы указывают на гипнотические переживания при *гештальт-терапии* и отсюда — об использовании с позиций *экзистенциальной психотерапии* некоторых ее техник: *осознание* и усиление ощущений, метод «пустого стула», осознание себя «здесь и сейчас», мнимые похороны.

Ключом к эффективному использованию экзистенциального гипноза является диалог между психотерапевтом и пациентом, особенно то, что в нем сообщается о гипнозе и во время гипноза. Важно уверить пациента, что гипноз дает ему необыкновенные способности разрешать его проблемы. Фактически, отмечают Кинг и Цитренбаум, это является первым «гипнотическим посланием». Второе убеждение, к которому экзистенциальный гипнотерапевт должен склонить приходящих на лечение пациентов, заключается в том, что они могут испытать состояние транса и этот опыт безопасен и приятен для них. Третье обстоятельство заключается в следующем: пациенты, особенно в состоянии

неглубокого гипноза, должны быть уверены, что во время сеанса они действительно находились в состоянии транса. Авторы метода считают «доказательствами транса» оценку пациентом времени нахождения в гипнозе (обычно отмечается значительно меньшее время), а также констатацию неподвижности тела, замедленное дыхание и другие показатели транса.

Гипнотическое наведение заключается прежде всего в том, чтобы обеспечить максимальную концентрацию внимания. Фокус внимания может варьировать от внутренних образов до внешних восприятий. Итак, важно, во-первых, постоянно вновь и вновь концентрировать внимание пациента. Во-вторых, быть гибким в определении способа концентрации внимания. Например, после того как пациент сделал несколько глубоких вдохов, гипнотерапевт просит его зрительно представить школьную доску, потому что планируется использовать стандартное наведение гипноза с использованием цифр. Если через минуту становится ясно, что у пациента возникают трудности с внутренней визуализацией, гипнотерапевт должен предложить пациенту открыть глаза и найти пятно на стене и сосредоточить на нем свое внимание. В-третьих, важным принципом наведения гипнотического транса является «присоединение» или «подстройка» к ритму дыхания или различным аспектам поведения пациента. Гипнотерапевт с помощью соответствующих слов и реакций присоединения добивается не только наведения транса, но и создает подходящие условия для продуктивной психотерапевтической работы.

Всем пациентам дается установка на гипнотический транс как на освобождение от прошлого и замену нездоровых паттернов реальности на более удобные и здоровые реальности. Гипноз широко используется для восстановления травматически диссоциированных забытых воспоминаний с помощью техник регрессии. Использование образов «внутреннего ребенка» или «ребенка, живущего в пациенте» и связанных с ними стратегий «родительства по отношению к самому себе» может помочь подтолкнуть пациента к освобождению от ограничений прошлого. Работа с «внутренним ребенком» в гипнотическом трансе ориентирует пациента к оказанию помощи этому ребенку посредством позитивного общения с ним. Пациента также можно подвести к воображаемой встрече с идеалом хорошего родителя. Работу с давней травмой можно осуществить, позволив пациенту представить образ внутреннего ребенка, переживающего эту травму. Можно подтолкнуть пациента вообразить себя спасающим своего внутреннего ребенка, так чтобы он представил начало ситуации, приведшей к травме, а затем неожиданно вмешался и спас его (ребенка) от насилия.

Авторы экзистенциального гипноза активно используют техники «рассеяния» (Эриксон) или «встроенных внушений» (Гриндер (Grinder J.), Бендлер (Bandler R.)). Встроенные внушения обходят сознательными анализ и *сопротивление*, препятствующие изменениям, освобождению от прошлого. В гипнотическом трансе психотерапевт рассказывает истории, в которых в разных контекстах многократно повторяется встроенное внушение, в частности «освободись». Каждый раз слово «освободись», обычно с добавлением имени пациента, произносится с изменением голоса, паузами. Подобные приемы помогают запечатлеть слово «освободись» в бессознательном. Один из методов использования образов в гипнотическом трансе для помощи пациенту освободиться от прошлого состоит в том, что надо попросить его представить или увидеть в виде какого-то символического образа то, с чем он ассоциирует прошлое, и затем проработать этот образ в терапии. Кинг и Цитренбаум приводят в своей книге «Э. г.» пример такой работы с образом. Пациенту с жалобами на скованность и подавленность, вызванными чувствами к бывшей жене, в состоянии легкого транса предложили представить то, на что похожи его чувства. Он описал их как «большой серый валун, загораживающий его путь». После предложения психотерапевта представить, что бы помогло ему убрать этот валун, он представил образ бригады рабочих с отбойными молотками, разбивших этот валун. Этот сеанс положил начало быстрому освобождению от имевшихся жалоб. Авторы также используют упражнение с привлечением образа «лишнего багажа» пациента как задание на самогипноз. Пациента в легком трансе просят представить себя поднимающимся на «чердак» своего сознания, сбором там «лишнего багажа», а затем избавляющегося от тягостного груза прошлого.

Лечение может считаться успешным, если у пациента появляется чувство личной силы. Как правило, необходимо большое разнообразие гипнотерапевтических методов, чтобы помочь пациенту преодолеть годы социализации, сформировавшие у него веру в то, что он жертва обстоятельств. Авторы данного метода считают гипноз и самогипноз инструментами увеличения личной силы. Наиболее подходящий способ повысить чувство личной силы — дать возможность пациентам сделать что-нибудь

такое, что раньше они считали невозможным для себя. Процесс будет в значительной мере ускорен, если пациент зрительно в гипнотическом трансе представит успешное выздоровление или свое новое поведение. Использование зрительных образов для подкрепления нового поведения является частью Э. г., применяемой практически ко всем пациентам.

Экзистенциально-ориентированные психотерапевты, вместо того чтобы рассматривать тревожность как деструктивное и угрожающее чувство, считают его сигналом, предвещающим потенциально возможное возрастание личностной силы и осознание ответственности за выбор своего пути. Переопределение тревожности, придающее ей более позитивное и менее деструктивное значение, изменяет представления пациента и помогает ему принять на себя риск желаемых перемен. Поскольку гипнотический транс вызывает тонкие изменения в работе сознания и увеличивает открытость к восприятию новой реальности, в начале транса психотерапевт сообщает пациенту о его потенциале новых и приятных переживаний и реальностей. Уже на первом сеансе гипнотерапевт сочетает указание заниматься самогипнозом с контингентным внушением «когда— тогда»: «Когда вы занимаетесь гипнозом, тогда вы чувствуете себя спокойнее и увереннее». «Когда—тогда», подчеркивают Кинг и Цитренбаум, — это основная лингвистическая конструкция гипнотических внушений. Важно также, чтобы пациенты обращали внимание на относительное снижение тревожности, а не настраивались на ее полное исчезновение. Это «переадресование» или изменение фокуса представлений является основным инструментом Э. г.

В Э. г. необходимо обращаться ко всем важным сознательным или бессознательным смыслам проблем или симптомов, существующих у пациента. Достаточно часто пациенты сознательно не понимают важного смысла своих проблемных стереотипов. Гипноз может облегчить им это осознание.

В поиске пациентом экзистенциального смысла его симптомов могут быть использованы различные стратегии:

- 1) серия вопросов, облегчающих осознание;
- 2) предоставление большого набора возможных смыслов;
- 3) использование техники идеомоторных сигналов «да» и «нет» в гипнотическом трансе при выборе подходящей *интерпретации* смысла симптомов.

Рассказывание метафорических историй играет существенную роль в Э. г. В историях, которые составляются для конкретного пациента гипнотерапевтом, присутствуют два основных элемента:

- 1) используются представления и образы самого пациента,
- 2) обращение к внутренним ресурсам пациента для решения его проблем.

В своей книге «Э. г.» Кинг и Цитренбаум приводят многочисленные примеры гипнотерапевтической работы с позиций экзистенциального психотерапевта.

**ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Собирательное понятие для обозначения психотерапевтических подходов, в которых делается упор на «свободную волю», свободное развитие личности, осознание ответственности человека за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути (Cohen A. M., Smith R. D., 1976).

Термин происходит от позднелатинского *existentia* — существование. В известной мере все психотерапевтические подходы Э. п. имеют генетическое родство с экзистенциальным направлением в философии — философией существования, возникшей в XX в. как следствие потрясений и разочарований, вызванных двумя мировыми войнами.

Идейным истоком экзистенциализма явилось учение Кьеркегора (Kierkegaard S.) феноменология — философия жизни. Различают религиозных экзистенциалистов: Ясперс (Jaspers K.), Марсель (Marsel G. O.), Н. А. Бердяев, Л. И. Шестов, и атеистических экзистенциалистов: Хайдеггер (Heidegger M.), Сартр (Sartre J.-P.), Камю (Camus A.). Центральное понятие учения — экзистенция (человеческое существование) как нерасчлененная целостность объекта и субъекта; основные проявления человеческой экзистенции — забота, страх, решимость, совесть, любовь. Все проявления определяются через смерть — человек прозревает свою экзистенцию в пограничных и экстремальных состояниях (борьба, страдание, смерть). Постигая свою экзистенцию, человек обретает свободу, которая и есть выбор своей сущности.

Границы Э. п. точно не определены, и в литературе существует несколько вариантов ее понимания. В узком смысле термин Э. п. обычно упоминается, когда речь идет об экзистенциальном



анализе Франкла (Frankl V. E., 1961). Иногда выделяют экзистенциально-гуманистическое направление, крупнейшим представителем которого называют Мея (May R.).

В более широком смысле под Э. п. понимается гуманистическое направление в психотерапии в целом.

Часто в Э. п. включают *дазайнализ* (анализ бытия, анализ существования) Бинсвангера (Binswanger L). Несмотря на использование синонимических слов в названиях обоих указанных направлений, образ мышления и состав понятий различны. В последнее время разрабатываются и современные подходы в рамках Э. п., которые включают индивидуальные и групповые лечебные и коррекционные технологии.

**ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ПСИХОАНАЛИЗ САРТРА.** Жан-Поль Сартр (Sartre J.-P., 1905-1980) родился в Париже. Философские взгляды сложились под влиянием феноменологии Гуссерля (Husserl E.) и экзистенциализма Хайдеггера (Heidegger M.). Сартр оставил обширное литературно-философское наследие, включающее работы «Трансцендентность Я» (1934), «Экзистенциализм — это гуманизм» (1946), «Ситуации» (в 6 т., 1947-1964). Он — лауреат Нобелевской премии по литературе (1964), от которой отказался.

Ядром антропологии Сартра является понятие свободы, которую он определяет как выбор своего бытия: человек таков, каким он себя свободно выбирает. Свобода выражается в возможности выбирать свое отношение к данной ситуации. Таким образом, понятие свободы сводится к отношению субъекта к независимому от него окружению. Объективная ситуация не сама по себе ограничивает или подавляет свободу, а лишь в той мере, в какой она переживается как ограничение. Поскольку препятствие определяется тем, чего мы хотим, достаточно отказаться от своего стремления, и данная ситуация перестает быть препятствием. Задача заключается не в том, чтобы изменить мир, а в том, чтобы изменить свое отношение к нему. Человек, по формуле Сартра, «осужден быть свободным».

Свобода предполагает независимость по отношению к прошлому, отрицание его, разрыв с ним. Будущее, а не реальное настоящее, служит критерием свободы. Свобода обеспечена только выбором цели и не нуждается в достижении последней.

Учение о человеческой свободе предопределяет характер экзистенциальной этики. Человек — единственный источник, критерий и цель нравственности. Моральные ценности, как все вообще ценности, лишены объективного критерия. «Моя личная свобода является единственной основой ценностей... Бытие ценностей держится на мне». В качестве основополагающего критерия нравственности выдвигается *аутентичность*, т. е. соответствие сознания человека именно его собственному, «подлинному» сознанию. Это и выражено в «категорическом императиве» Сартра: пользуясь своей свободой, будь самим собой. Аутентичность означает свободное становление, отрицание любой наличной действительности, спонтанный выход за собственные пределы, полноту ответственности за свои действия. По мнению Сартра, «неподлинно существующий» человек пребывает в «дурной вере», у него нечистая совесть, так как он перекладывает ответственность за свои поступки на природные или социально-исторические закономерности. Таким образом, «подлинное существование» понимается как результат *осознания* индивидуумом своей жизненной ситуации и ответственного к ней отношения. Мораль Сартра «знает одну-единственную обязанность — готовность сознаться, готовность отвечать за все».

Для Сартра «отношение» — это отношения «Я» как субъекта к себе, другим «Я» и к окружающей среде, это «отношения», которые связывают его «через внутреннее с внутренним других». Сердцевина их индивидуалистична: личность первична, система общественных отношений вторична — она сводится к межличностным отношениям. Для Сартра личность социологически первична, социальный ансамбль вторичен, их взаимосвязь основана на принципе: «Вся историческая диалектика покоится на индивидуальной практике». Поэтому любые формы социального существования, подчинение «диктатуре публичности», коллективные действия являются неаутентичными.

Таким образом, основные положения экзистенциалистской философии Сартра включают учение о свободе, подлинности и неподлинности человеческого существования. Эти идеи легли в основу экзистенциально-гуманистической психотерапии.

**ЭКЛЕКТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.** Наличие к настоящему времени в мире многочисленных (более 500) форм и методов психотерапии ставит в затруднительное положение

практика-психотерапевта. Все большее количество психотерапевтов используют разнородные психотерапевтические методы, не обращая внимания на их теоретическое обоснование. Более трети американских психотерапевтов относят себя к эклектикам, причем не менее половины из них ранее следовали психоаналитической ориентации (Beitman B. D. et al., 1989). Свидетельством утраты прежде негативного ореола понятия «эклектик» является выход в последнее десятилетие международного «Журнала интегративной и эклектической психотерапии», а также организация Международной академии эклектических психотерапевтов.

Использование термина Э. п. преимущественно ограничивается техническим, внетеоретическим синтезом психотерапевтических методов. Концептуальный синтез приемов различных теоретических ориентации относится к понятию *интегративной психотерапии*. Независимо от теоретических взглядов психотерапевт тщательно изучает клиническую картину заболевания и связанные с ним психосоциальные факторы. Задачи Э. п. определяются с учетом индивидуальных особенностей психопатологии, проблем и личности отдельного больного, а также оптимальной пригодности к тем или иным терапевтическим воздействиям. В лечебной практике теоретические вопросы психотерапии уступают место необходимости решать конкретные проблемы клинической реальности. Соответствующее сочетание различных методик психотерапии с позиций Э. п. и представляет собой новый метод лечения для каждого пациента.

Одной из наиболее существенных причин все более широкого распространения Э. п. является неудовлетворенность практиков односторонностью и ограниченностью какого-либо одного направления психотерапии. Психотерапевт-эклектик, в зависимости от характера патологии, потребностей и возможностей пациента, использует методы различных направлений психотерапии, добиваясь позитивных изменений в симптоматике, внутреннем мире и поведении больного. Запросы сторонников Э. п. все полнее удовлетворяются благодаря растущему числу новых психотерапевтических методов. Получившие распространение методы *поведенческой психотерапии* в последнее время на практике все чаще сочетаются с психодинамическими, когнитивными и другими приемами. *Конфронтация* и конкуренция последователей различных форм психотерапии все более сменяются терпимостью, взаимным принятием и попытками использовать некоторые принципы и технические приемы друг друга. В частности, психоаналитик при необходимости может эмпатически взаимодействовать с пациентом вопреки традиционному эмоциональному нейтралитету, поведенческий же психотерапевт может придавать значение интрапсихической динамике (например, анализируя имеющиеся данные, обратить внимание на сновидения пациента) и т. д.

Современная тенденция к развитию краткосрочных форм психотерапии отвечает интересам психотерапевта-эклектика. В условиях предположительно единственной встречи психотерапевт использует технический прием, наиболее подходящий именно для данного пациента, например суггестию, совет или *интерпретацию*. Одной из негативных сторон Э. п. может быть недостаточно обоснованная многократная смена психотерапевтических методов в процессе лечения одного пациента. Поиск наиболее эффективного метода, новые попытки привлечь в курс лечения приемы различных психотерапевтических направлений нередко приводят к разочарованию и фрустрации как пациента, так и психотерапевта. Важнейшим условием их эффективности при использовании любых методов психотерапии является развитие оптимального взаимоотношения «психотерапевт — пациент».

**ЭКЛЕКТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ ТОРНА.** В ее основе — широкомасштабная попытка интеграции важнейших направлений психотерапии. Изложена она в работах Торна (Thorne F. C.) 1950-1967 гг.

Автор системы исходил из того, что существующие психотерапевтические подходы не столько различны по отношению к единому объекту — человеческой личности, сколько концентрируются на разных аспектах личности, занимаются разными проблемами. С этим связывается и различие в методах психотерапии.

Торн пытался интегрировать, уточнить и систематизировать каждый подход и установить их соотношение. Интеграция была осуществлена путем: 1) выявления системы постулатов, явно или неявно лежащих в основе всех современных психотерапевтических направлений (автор выдвинул 97 постулатов, касающихся природы человека, сущности нарушений и их коррекции); 2) уточнения круга и характера проблем, на которые преимущественно направлены усилия каждой из важнейших

психотерапевтических школ (на этой основе разработана классификация личностных нарушений, включающая 11 групп, в том числе органические дефекты, личностно-конституционные дефекты, нарушения, связанные с дефицитом *самоконтроля*, нарушения Я-концепции); 3) разработки методов интеграции этих проблем, в особенности при работе с индивидуальным пациентом (в частности, Торном разработаны так называемые «уравнения связи» между разными нарушениями, отражающие концепции различных исследователей; так, уравнение 8 отражает важнейшие постулаты учения Адлера (Adler A.), а именно интеграцию двух нарушений Я-концепции: низкая самооценка + недостаток уверенности в себе = неэффективная деятельность = комплекс неполноценности); 4) систематизации существующих психотерапевтических методов и их соотнесения с выделенными проблемами (так, определяя в качестве одного из нарушений недостаток способности выражения своих эмоций, Торн систематизирует 12 приемов, направленных на его коррекцию; в случае «психологического сопротивления эмоциональным контактам» он описывает 5 способов коррекции и т. п.).

Практическая психотерапевтическая работа с пациентом, проводимая Торном и его учениками, характеризуется стремлением точно установить тип проблемы, которую необходимо разрешить, готовностью быстро и гибко менять подход, органической включенностью психотерапевтических методик, предложенных самыми различными направлениями.

**ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА.** Один из важнейших механизмов лечебного действия в психотерапии, составная часть корректирующего эмоционального переживания.

Э. п. для пациента — это принятие его психотерапевтом (группой), признание его личностной, человеческой ценности и значимости независимо от того, какими качествами он обладает, болен он или здоров. Пациент принимается психотерапевтом (группой) таким, каков он есть на самом деле, признается как самостоятельная личность со своими мыслями, опытом и переживаниями, хотя, оставаясь самим собой, он может отличаться от других. Э. п., не отрицая *конфронтации* и критики, имеет для пациента огромное значение, так как возникающая благодаря ей атмосфера взаимной заинтересованности, доверия и понимания создает необходимые предпосылки для ослабления защитных механизмов, преодоления тревоги и страха. Э. п. играет чрезвычайно важную роль в процессе переработки содержания *обратной связи*, в становлении адекватного самопонимания, что предполагает прежде всего усвоение пациентом новой информации о себе, часто не соответствующей собственным представлениям. Эмоционально неблагоприятное отношение к себе, неприятие себя препятствуют адекватной переработке содержания обратной связи, обостряют действие защитных механизмов. Э.п., означающая для пациента принятие его психотерапевтом (группой), приводит к тому, что он начинает принимать себя (механизм, описанный Роджерсом (Rogers C. R.) в *индивидуальной психотерапии*, когда безусловное принятие пациента врачом приводит к безусловному принятию пациентом самого себя), у него повышается степень самоуважения. В такой ситуации сопоставление неадекватных позиций, отношений, установок с реальной действительностью снижает возможность дополнительной травматизации, так как пациент уверен в искреннем, теплом отношении со стороны психотерапевта (группы).

Иногда Э. п. рассматривают как неспецифический фактор психотерапии, наличие которого лишь создает условия, необходимую атмосферу для собственно психотерапевтического процесса. Однако такое представление не учитывает, что Э. п. оказывает непосредственное корректирующее воздействие на одну из важнейших сторон личности — на представление о себе и самооценку, преобразование которых в позитивном направлении является одной из важнейших задач личностно-ориентированной психотерапии.

При анализе *групповой психотерапии* имеются попытки вычленить внутри Э. п. более конкретные ее составляющие. В качестве таковых указываются групповая сплоченность, или «групповое сцепление», и надежда, или «внушение надежды». «Групповое сцепление» рассматривается как фактор, аналогичный отношениям «врач — пациент» в индивидуальной психотерапии; его можно описать как привлекательность группы для ее членов, чувство принадлежности, доверие, принятие группой, чувство «Мы», как результат всех сил, побуждающих члена группы оставаться в ней, или силы притяжения, действующей со стороны группы на ее члена. Вторая составляющая — надежда — выступает как *осознание* возможности достижения цели и изменений. Пациенты видят положительные преобразования, происходящие с другими, что позволяет им преодолеть собственную неуверенность и

поверить в то, что группа может им помочь.

**ЭМОЦИОНАЛЬНО-СТРЕССОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ РОЖНОВА.** Воздействие на эмоциональную сферу больного и использование ее в психотерапевтическом процессе относится к глубокой древности и описывается в трудах Гиппократ, Авиценны и др. Умение вызвать у больного смех, поднять настроение рассматривалось как мощный лечебный фактор.

Эмоциональная психотерапия берет свое начало с конца 80-х гг. прошлого столетия с работ Дежерина (Dejerine J.), обратившего внимание на то, что «в нравственной области никакая идея не воспринимается холодным путем», т. е. без эмотивной опоры, которая и делает ее вполне убедительной. Большой вклад в разработку эмоциональной психотерапии внес А. И. Яроцкий (см. *Арететерапия Яроцкого*). Одним из теоретических оснований Э.-с. п. Р. явилась концепция Селье (Selye H., 1936) о стрессе и генерализованном адаптационном синдроме как универсальной форме ответа организма на различные по своему характеру раздражители. Развитие этой концепции привело к взгляду на психогенные раздражители (в тех случаях, когда они обладают большой интенсивностью и являются сверхсильными) как на проявление стресса особого плана, а именно — эмоционального. Эмоциональный стресс по отношению к организму и личности может приобретать различные качества — как болезнетворные, приводящие к тяжелым психогенным или психосоматическим нарушениям (в таком случае, по терминологии Селье, говорят о дистрессе), так и стимуляционно-активирующие, лечебные.

Такой взгляд на эмоциональный стресс позволил В. Е. Рожнову (1971) создать методику *коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии* больных, страдающих хроническим алкоголизмом, а в дальнейшем Э.-с. п. Р. (1979). По В. Е. Рожнову, психотерапевтический процесс может рассматриваться как активное лечебное вмешательство, цель которого (подобно хирургической операции) — произвести в душе больного на предельно высоком эмоциональном уровне пересмотр, а в ряде случаев и радикальное изменение отношения к себе, своему болезненному состоянию и окружающей микро- и макросоциальной среде. Э.-с. п. Р. адресуется как к сознанию больного, так и к сфере его предсознательного и психического бессознательного, а точнее говоря, к той системе взаимоотношающегося синергизма сознания и бессознательного, которая и составляет психику каждой конкретной личности во всех сложностях ее духовной жизни. Лечение осуществляется методом укрепления и выработки идейных позиций и интересов больного человека.

Принципиально важным является положение Э.-с. п. Р. о саногенном воздействии стресса. Изард (Izard C. E., 1980) справедливо считает, что понятия положительного и отрицательного применительно к эмоциям требуют уточнения. Такие эмоции, как гнев, страх и стыд, по его мнению, нельзя безоговорочно относить к категории отрицательных, или плохих. Гнев иногда прямо связан с приспособительным поведением и еще чаще — с защитой и утверждением личностной целостности. Изард считает, что есть эмоции, способствующие психологической энтропии, и эмоции, облегчающие конструктивное поведение. Ф. З. Меерсон (1981) подчеркивает, что патогенное значение стресса необоснованно преувеличивается, заслоняя от внимания исследователей его функцию как важного звена адаптации. Он показывает, что нарушение гомеостаза не может однозначно трактоваться в качестве патогенного начала, и допускает возможность стресс-синдрома как сложившегося в процессе эволюции необходимого неспецифического звена более сложного целостного механизма приспособления к окружающей среде, т. е. в его положительном для организма значении.

Теоретические предпосылки Э.-с. п. Р. могут быть с успехом реализованы и при *групповой психотерапии*. Более того, в силу действия дополнительных и весьма активных форм психического влияния (общая цель, взаимная *обратная связь*, сопереживание и др.) возможность возникновения особого эмоционально-стрессового состояния психики и эффективность его саногенного воздействия при групповой психотерапии может быть значительно усилена. Такие саногенные факторы эмоционально-стрессовой психотерапии, как «увлеченность, достигшая степени охваченности», «мобилизация сил высшего эмоционального накала» и др., с большей эффективностью могут быть использованы при групповой психотерапии, чем при индивидуальной. Многочисленные примеры из обычной жизни и даже из истории движения масс убедительно свидетельствуют в пользу более эффективного решения этих задач с группой единомышленников (Рожнов В. Е., Слуцкий А. С., 1988).

Эмоционально-стрессовые факторы в групповой психотерапии обладают рядом специфических

особенностей. В первую очередь это относится к целенаправленному использованию таких динамических процессов, как групповая напряженность и сплоченность. В *групповой динамике* данные процессы могут выступать по отношению друг к другу как силы антагонистические и как силы синергические. Одной из особенностей групповой Э.-с. п. Р. является создание в группе оптимального уровня напряжения (с учетом клинических особенностей членов группы, фазы ее развития и т. п.), превращение групповой напряженности из силы деструктивной (способной привести к распаду группы) в фактор, обладающий высоким психотерапевтическим потенциалом, способствующий развитию качественно нового уровня консолидации группы и глубинной позитивной личностной перестройке ее членов, формирующий у них навыки конструктивного разрешения интерперсональных конфликтов. Групповая напряженность в психотерапевтическом процессе может выступать в качестве важного психодиагностического средства, выявляя типичные индивидуальные способы реагирования членов группы на стрессовые ситуации (тревога, агрессивность, различные формы *психологической защиты*), и, кроме того, может служить терапевтической моделью трудных для них реальных жизненных ситуаций. Однако конструктивные возможности групповой напряженности реализуются только в том случае, если в группе развивается процесс консолидации ее членов, формируется ее сплоченность, создается атмосфера эмпатического взаимопонимания и безопасности, в которой открыто выражаются как положительные, так и негативные чувства. Только в этих условиях могут быть найдены пути эффективного разрешения внутригрупповых конфликтов, многие из которых не только возникают как следствие психологической несовместимости отдельных членов группы, но и обусловлены их клиническими особенностями, дезадаптивными стереотипами их интерперсонального поведения.

Большое значение факторам групповой напряженности и сплоченности, *корректирующего эмоционального опыта* в психотерапевтическом процессе придают Хёк (Hock K., 1976) и Кратохвил (Kratochvil S., 1976), которые в своих работах высказывают ряд положений, тесно перекликающихся с концепцией Э.-с. п. Р.

**ЭМПАТИЯ.** Понимание эмоционального состояния другого человека посредством сопереживания, проникновения в его субъективный мир.

Термин «Э.» появился в английском словаре в 1912 г. и был близок понятию «симпатия». Возник на основе немецкого слова *einfühling* (дословное значение — проникновение), примененного Липпсом (Lipps T.) в 1885 г. в связи с психологической теорией воздействия искусства. Самое раннее определение Э. содержится в работе *Фрейда* (Freud S.) «Остроумие и его отношение к бессознательному» (1905): «Мы учитываем психическое состояние пациента, ставим себя в это состояние и стараемся понять его, сравнивая его со своим собственным».

Ряд авторов сопоставляли Э. с другими близкими ей процессами. В отличие от интуиции как непосредственной перцепции идей, Э. включает чувства и мысли (Бодалев А. А., Каштанова Т. Р., 1975). Э. отличают от идентификации, которая является бессознательной и сопутствует процессу взаимоотношений «психотерапевт—пациент». Э. может быть сознательной и предсознательной и возникает в ответ на непосредственную интеракцию. Следует различать жалость («мне жаль вас»), симпатию («я сочувствую вам») и Э. («я — с вами»). Э. как одна из характеристик психотерапевта (*триада Роджерса*) при *клиент-центрированной психотерапии* является важным условием для конструктивных изменений личности.

Существует широкий диапазон проявлений Э. На одном полюсе этого континуума находится позиция субъективного включения психотерапевта в мир чувств пациента. Важно не только знание врачом эмоционального состояния больного, но и в определенной степени переживание его чувств. Такую Э., основанную на механизмах идентификации и проекции, называют аффективной, или эмоциональной, Э. Другой полюс занимает позиция более отвлеченного, объективного понимания врачом переживаний больного без значительного эмоционального вовлечения. Если в основе развития Э. лежат интеллектуальные процессы (например, аналогия), то она определяется как когнитивная Э. При использовании предсказаний эмоциональных реакций пациента проявления Э. относятся к предикативной Э.

Клиент-центрированные психотерапевты расширили представление об Э. понятием «точной Э.», которое содержит больше, чем только способность психотерапевта к проникновению во внутренний мир пациента. «Точная Э.» включает способность понять актуальные чувства и вербальное умение

передать это понимание ясным для пациента языком. Э. входит в более широкий круг личностных характеристик психотерапевта, отражающихся в его общении с пациентом. Оценка Э. оказалась тесно связанной с такими характеристиками врача, как профессиональное искусство, теплота, доброжелательность, надежность, жизненный опыт, сила, искренность и др. Эмпатическое понимание не является результатом интеллектуальных усилий. Э. психотерапевта зависит от доступности и богатства его собственного опыта, точности восприятия, умения настроиться, слушая пациента, на одну эмоциональную волну с ним. Многие авторы считают Э. генетически детерминированным свойством, усиленным или ослабленным жизненным опытом индивида. Различные тренинговые методы повышают эмпатическую способность психотерапевта, умение более эффективно применять ее в общении с пациентом. Искусство использования Э. заключается в оптимальной синхронизации намерений психотерапевта и ожидаемого эффекта. Возможно ошибочное применение Э. Сюда относятся «эмпатическая слепота» (неосознаваемое неприятие психотерапевтом тех чувств, которых он избегает в самом себе), неконтролируемое использование Э. (в художественной литературе образцом такого типа Э. является поведение князя Мышкина в «Идиоте» Ф. М. Достоевского), манипулятивное применение Э. (когда она выступает в виде скрытого *убеждения*, уговаривания, *внушения*).

Многочисленные исследования показали положительную корреляцию между оценкой пациентами Э. психотерапевта и успехом лечения при различных видах психотерапии, особенно клиент-центрированной психотерапии.

**ЭМПИРИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ВИТАКЕРА.** Разработана американскими психотерапевтами Витакером и Малонем (Whitaker C. A., Malone T. P., 1953-1963).

Основные положения концепции — это представление об исходной враждебности индивида к реальной действительности, увеличении возможностей выбора при освоении этой действительности как ведущего процесса, примиряющего индивида с реальностью и являющегося основой его индивидуального развития и сутью его психического здоровья. Причина же психических расстройств и болезни — как раз в ограничении указанных возможностей.

В противоположность когнитивным учениям о психотерапии эффективный человеческий выбор рассматривается здесь как явление, преимущественно осуществляемое на подсознательном уровне. В основе концепции — буддийское представление о выборе, совершаемом зрелым человеком. Это *mushin* (без мысли), т. е. выбор, совершаемый интуитивно, а не на основе рационального суждения, неизбежно учитывающего лишь определенные, достаточно узкие аспекты реальности и личности. Задачу психотерапии авторы видят в развитии способности к такому, соответствующему указанному буддийскому представлению выбору.

В противоположность *психоанализу* неосознаваемость значительной части психических процессов, в том числе участвующих в осуществлении выбора, авторы концепции рассматривают не как недостаток, а как естественное, установленное природой состояние. В соответствии с этим задачей психотерапии является не *осознание* неосознанных процессов, а создание условий для их эффективного функционирования.

Воздействие на подсознание, его «обучение» осуществляется в ходе социализации в результате взаимоотношений между родителями и детьми. Эти взаимоотношения — сложный комплекс взаимных представлений, вовлекающий как осознаваемые, так и неосознаваемые процессы с обеих сторон. Процесс психотерапии, по мысли авторов, с необходимостью адекватен указанным отношениям. В ходе психотерапии происходит закономерное поэтапное изменение взаимоотношений, в определенной мере повторяющее стадии социализации, а каждый из этапов играет свою специфическую роль в «лечении», «расковывании» подсознания. Так, пациент в ходе психотерапии проходит последовательно роли взрослого, подростка, ребенка — ребенка, подростка, взрослого, каждая из которых необходима для коррекции его способности к выбору.

С позиций данного подхода авторами проведены исследования и обобщения своего практического опыта при лечении шизофрении и развитии психотерапевтических отношений.

**ЭМПИРИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ГЕНДЛИНА.** Предложенный Гендлином (Gendlin E. T., 1978) метод психотерапии — это пациент-центрированная психотерапия, получившая известность как метод «фокусировки» и имеющая преимущества перед предложенной им ранее методикой сочувственного понимания. В 1953 г. Гендлин посещал курсы *Роджерса* (Rogers C. R.) в Чикагском

университете, однако не для того, чтобы стать психотерапевтом, а для изучения с философских позиций взаимосвязи между переживаниями и представлениями, используя психотерапевтическую практику как философско-эмпирическое «поле для исследований». Его концепция включает размышления о непосредственных личных переживаниях пациента, его физическом состоянии и самочувствии, телесных контактах, о его речи и изменениях личности. Теоретические понятия автора и разработанная в дальнейшем психотерапевтическая практика находятся в постоянном взаимодействии.

«Фокусировка» включает в себя активное направление внимания больного на актуальные внутренние состояния и процессы, в которых могут присутствовать сопутствующие им глубинные эмоции и смутные аспекты реальных физических переживаний. Пациенту предлагается сконцентрировать свое внимание и память на этом смутном, диффузном, рассеянном чувстве, на *осознании* и осмыслении значения пережитого, на так называемом «прочувствованном значении». Пройдя несколько психологических шагов, преодолев ряд психологических барьеров, больной должен вербализовать эти чувства, т. е. ясно выразить, назвать то, что до сих пор присутствовало в его подсознании лишь как некое смутное ощущение или чувство. Таким образом, «фокусировка» — это предложение осмыслить и выразить пережитое, исходящее от психотерапевта и доведенное до пациента путем выработки стимулов к этому действию. Первый этап «фокусировки» может быть успешным только в том случае, если пациент на предыдущем сеансе психотерапии уже смог в значительной степени реализовать способность к *самоанализу*, в частности сумел уделить внимание разбору своего физического и эмоционального состояния, а также эмоциональных переживаний, имевших место в прошлом. «Фокусировка» может использоваться как способ преодоления психических преград в сознании больного, мешающих неспособному к самоанализу человеку осознать и осмыслить свои переживания и чувства.

Метод «фокусировки», как указывает Вильчко (Wiltshko J., 1995), не является простым сочетанием какой-либо известной методики, например пациент-центрированной психотерапии, с «фокусировкой», это также не *разговорная психотерапия*, дополненная инструкциями и упражнениями по «фокусированию». Метод Гендлина придает психотерапии иное качество, атмосферу, вдохновение, когда весь психотерапевтический процесс пронизан теми представлениями, которые развил Гендлин в своем учении о личных переживаниях и их практическом воплощении в психотерапии.

**ЭРИКСОНОВСКИЙ ГИПНОЗ.** Новый подход в гипнотерапии, создателем которого явился американский психотерапевт Эриксон (Erickson M. H., 1901-1980), получил в 80-е гг. в мировой психотерапевтической практике широкое признание и известен как Э. г. Его принципы и технические приемы, дополняя традиционный *гипноз*, расширили возможности лечебной тактики психотерапевта, особенно с трудными пациентами, неподатливыми к когнитивным и традиционным суггестивным методам. Приемлемым и полезным оказалось включение этого метода, прежде всего его принципов, в разрабатываемые в последние годы эклектические и интегративные модели *краткосрочной психотерапии*. Такие крупные исследователи и практики в гипнологии и психотерапии, как Вайценхоффер (Weitzenhoffer A.), Хейли (Haley J.), Росси (Rossi E. L.), Зейг (Zeig J. K.) и др. считают Эриксона отцом современного клинического гипноза и краткосрочной стратегической психотерапии.

Подход Эриксона принципиально антитеоретичен и прагматичен. Его знание идет из практического опыта, а не из теоретических размышлений. Он никогда не формулировал единой теории гипноза и только в ответ на упорные расспросы его учеников и последователей выражал свое мнение о теоретических его аспектах. Именно такие его ученики, как Росси, Хейли, Зейг, Гиллиген (Gilligan S. G.), Бендлер и Гриндер (Bandler R., Grinder J.), Лэнктоны (Lankton S. R., Lankton C. H.), Розен (Rosen S.) и многие другие провели большую работу по анализу, классификации и каталогизации эриксоновского подхода (его статей и лекций, стенограмм и аудиозаписей, наблюдений за его работой и обсуждений ее с ним). Они выпустили в свет несколько книг, написанных совместно с Эриксоном или отдельно, где отражены и их собственные позиции в направлении дальнейшего углубления и развития этого перспективного подхода в гипнотерапии и психотерапии в целом.

Для эриксоновского подхода свойственно расширенное понимание гипнотического состояния, представляющего собой разновидность измененного или трансового состояния сознания. Гипнотический транс, согласно Эриксону, это последовательность взаимодействий «гипнотерапевт — пациент», приводящая к поглощенности внутренними восприятиями и вызывающая такое измененное

состояние сознания, когда «Я» пациента начинает проявляться автоматически, т. е. без участия сознания. Эриксоновский гипнотерапевт действует в соответствии с принципом утилизации, согласно которому стереотипы самопроявления пациента рассматриваются как основа возникновения терапевтического транса. Это требует не стандартизованных воздействий, а приспособления гипнотерапевта к текущему поведению пациента, а затем руководству им. Транс возникает из межличностного взаимодействия на уровне ощущений, когда гипнотерапевт подстраивается к пациенту, тем самым позволяя обеим сторонам становиться все более восприимчивыми по отношению друг к другу.

Микродинамика наведения гипнотического транса и *внушения* состоит из следующих стадий (Эриксон и Росси):

- 1) фиксация внимания,
- 2) депотенциализация установок сознания,
- 3) бессознательный поиск,
- 4) гипнотический отклик.

В стадии фиксации внимания важно обеспечить и поддерживать его сосредоточение с помощью:

- 1) рассказов, которые интересуют, мотивируют, увлекают пациента;
- 2) стандартной фиксации взгляда;
- 3) пантомимы и невербального общения в целом;
- 4) воображения или визуализации;
- 5) левитации руки;
- 6) релаксации и других способов.

Вторая стадия — депотенциализация установок сознания — осуществляется, когда удается зафиксировать внимание и фокус внимания автоматически сужается до той степени, при которой обычные системы отсчета пациента становятся уязвимыми для депотенциализации. Для того чтобы обойти и депотенциализировать сознательные процессы, используются:

- 1) шок, удивление,
- 2) отвлечение внимания,
- 3) диссоциация,
- 4) когнитивная перегрузка,
- 5) замешательство и др. способы.

Эриксон часто использует «сюрприз — неожиданность», чтобы «встряхнуть» человека из его привычных паттернов ассоциаций, пытаясь развить его естественные способности к бессознательному творчеству. Можно привести пример, когда Эриксон неожиданно позволяет пациенту реагировать на внушение левитации руки индивидуальным образом. Субъект, у которого после внушения поднялась и зависла рука, пытается сознательно ее опустить, толкая ее вниз все сильнее и сильнее. Эриксон сказал ему: «Это довольно интересно, по крайней мере для меня. Я думаю, что и вам станет интересно, когда вы откроете, что не можете перестать толкать руки вниз». Он вызвал шок и удивление, которые на мгновение затормозили систему представлений субъекта. Именно в этот момент Эриксон добавил внушение: «Вы обнаруживаете, что не можете перестать толкать руку вниз». Субъект думал, что он сопротивляется. Мысль, что он не сможет остановиться, оказалась для него абсолютно неожиданной, и к тому моменту, когда она до него дошла, то оказалась полностью сформировавшейся идеей. И он, к своему удивлению, обнаружил, что не может прекратить толкать руку вниз, и спросил: «Что произошло?» Эриксон сказал: «По крайней мере ваши руки вошли в транс. Вы можете встать?» Этот простой вопрос явился развитием фразы и распространился на ноги. Разумеется, не мог встать.

Прием замешательства явился одним из наиболее эффективных компонентов в техниках наведения транса и внушения Эриксона. В то время как другие психотерапевты, так же как и большинство людей, обычно пытаются найти способ достичь максимальной ясности в общении, Эриксон намеренно развил в себе умение общаться так, чтобы это вызывало у людей замешательство. Основной момент здесь — кажущееся случайным и непреднамеренным вмешательство, препятствующее привычному реагированию субъекта на реальную ситуацию. Это вызывает состояние неопределенности, фрустрированности и замешательства, в результате чего человек с готовностью принимает гипноз как средство разрешения ситуации. Метод создания замешательства утилизирует все,



что бы ни делал пациент с целью противодействия трансу, в качестве основы, позволяющей вызвать транс. Замешательство может быть осуществлено посредством прерывания какого-либо стереотипа. В частности, одной из такого рода процедур, разработанных Эриксоном, является наведение гипнотического транса рукопожатием. Суть ее в неожиданности, которая разрывает обычные рамки существования субъекта, чтобы вызвать мгновенное замешательство. В письме к Вайценхофферу в 1961 г. Эриксон описывал свой подход к наведению транса рукопожатием как способ вызвать каталепсию. Примером использования этой техники является описание Эриксоном одного из своих «пантомимических наведений», где надо было обойти языковой барьер. К подготовленной для демонстрации субъекту-женщине Эриксон подошел и с улыбкой протянул ей правую руку, она протянула свою. Он медленно пожал руку, глядя ей прямо в глаза, как и она — ему, и медленно перестал улыбаться. Отпуская ее руку, он сделал это определенным необычным образом, выпуская ее из своей руки понемногу и слегка, нажимая то большим пальцем, то мизинцем, то безымянным, все это — неуверенно, неровно, как будто колеблясь и так мягко убирая свою руку, чтобы она не почувствовала, когда именно он ее уберет и до какой части ее руки дотронется в последний раз. Одновременно он медленно изменил фокусировку своего взгляда, дав ей минимальный, но ощутимый сигнал, что смотрит не на нее, а сквозь ее глаз куда-то вдаль. Ее зрачки медленно расширились, и тогда Эриксон мягко отпустил ее руку совсем, оставив ее висеть в положении каталепсии. Легкое давление на ее запястье, направленное вверх, заставило ее руку немного подняться.

Еще один прием замешательства, первоначально разработанный Эриксоном для возрастной регрессии, состоит в дезориентации во времени. В главных своих чертах метод «путаницы» состоит в том, что внимание пациента сосредоточивается с помощью беседы на каких-то нейтральных, повседневных действиях (например, еде), а затем постепенно выполняются различные маневры, создающие замешательство и вызывающие дезориентацию (например, быстрая смена точек отсчета времени, введение несуразностей, ускорение темпа речи). В качестве примера можно привести фрагмент текста начала наведения Эриксоном гипнотического транса: «...и вы, возможно, ели сегодня что-то такое, что ели и раньше, может быть, на прошлой неделе или на позапрошлой неделе... и возможно, будете есть то же самое снова на следующей неделе или еще через неделю... и может быть, тот день на прошлой неделе, когда вы ели то, что ели сегодня, был тогда сегодняшним днем точно так же, как этот день сейчас — сегодняшний. Другими словами, то, что было тогда, возможно, совсем как то, что есть сейчас... может быть, это был понедельник, как сегодня, или вторник, не знаю... и, может быть, в будущем вы будете есть то же самое снова в понедельник или во вторник, но нельзя исключить и среду, пусть даже это середина недели... И что на самом деле означает быть серединой недели? Я, по правде, не знаю, но я знаю, что в начале недели воскресенье идет перед понедельником, а понедельник перед вторником, а вторник после воскресенья, если не считать того, когда он за пять дней до него...» и так далее движение во времени, перепутывая и сменяя представления и события в настоящем, прошлом и будущем времени.

В рамках недирективного (неавторитарного) гипнотического транса используются такие приемы, как импликация (подразумевание), связка и двойная связка, диссоциация, ратификация, идеомоторный сигналинг, составные внушения и многие другие способы *косвенного внушения*, разработанные Эриксоном. Психологическая импликация для него — это ключ, который автоматически устанавливает переключатели ассоциативных процессов пациента в предсказуемые паттерны без *осознания* того, как это происходит. Примеры импликаций: «Если вы сядете в это кресло, можете затем войти в транс», «Разумеется, ваша рука не онемеет, пока я не сосчитаю до пяти». Прием связки предлагает выбор из двух или более сравниваемых альтернатив, т. е. какой бы выбор ни был сделан, это направит пациента в нужную сторону. Пример связки: «Какой транс вы хотели бы испытать — легкий, средний или глубокий?» Двойные связки, наоборот, предлагают возможности поведения, которые находятся вне обычного для пациента сознательного выбора и контроля. Пример двойной связки: «Какая рука, правая или левая, сначала произвольно шевельнется, двинется в сторону, поднимется вверх или надавит вниз?» Диссоциация между сознательным и бессознательным как наиболее существенный механизм развития гипнотического транса возникает как автоматически, так и с помощью определенных стимулов и заданий. Диссоциация может возникнуть при возложении одной из задач на сознательный уровень функционирования пациента, а другой — на бессознательный. Использование разного тона

голоса или различных уровней смысла нередко приводит к такому же результату. Примеры диссоциаций: «Ваше сознание может слушать мой голос, а ваше подсознание может чувствовать комфорт...», «Ваше сознание может сомневаться и вести внутренние диалоги, а ваше бессознательное может проявляться осмысленным, неоспоримым образом и погружать вас в транс».

Все позитивные изменения в структуре личности пациента, в его представлениях, эмоциях или поведении должны быть следствием обучения, возникающего во время гипноза, а не прямым результатом конкретного гипнотического внушения. Гипноз не столько создает для пациента новые возможности, сколько обеспечивает доступ к существующему у него опыту, способностям, знанию, потенциалу, помогая более эффективно их использованию. Гипноз позволяет проводить психотерапию на бессознательном уровне. Сам Эриксон называл свой терапевтический стиль натуралистическим или утилизационным подходом. Основной принцип данного подхода состоит в том, что необходимо использовать любые убеждения, ценности, установки, эмоции или формы поведения, проявляемые пациентом, чтобы вызвать у него переживания, способствующие психотерапевтическим изменениям. Терапевтическое воздействие в значительной мере облегчается, если гипнотерапевт погружается в межличностный внешнеориентированный транс (этот аспект поведения гипнотерапевта подробно разработан Гиллигеном), в котором все его внимание поглощено пациентом. Использование в транс идеомоторного сигналинга (непроизвольные движения пальцев, покачивание головы), а затем автоматического рисунка и автоматического письма по аналогии со сновидениями и фантазиями открывает прямой доступ к пониманию бессознательного. В процессе гипнотерапии постепенно пациент становится готовым к тому, чтобы произошел перенос психотерапевтически значимого обучения с бессознательного уровня на сознательный.

Эриксоном разработан еще один из важных психотерапевтических подходов — гипнотическая проекция пациента в воображаемое успешное будущее с последующим анализом его реакций и переживаний, приведших к такому результату. Затем следует постгипнотическое внушение бессознательному, с помощью которого пациент осуществляет все те конкретные вещи, которые, как бессознательное уже показало, приведут к успеху. Этот процесс, по мнению Хейвенса (Havens R. A.), и является наиболее существенным аспектом подхода Эриксона. Активно используется также возможность в гипнозе погружения в прошлые события. Это перемещение в пространстве и времени дает возможность пациенту повторно пережить в регрессии прошлое патогенное событие и отреагировать на него более конструктивным образом, чем было в исходном положении. При этом важно защитить пациента от боли воспоминания с помощью диссоциативной отстраненности от переживаемого или с помощью амнезии. Диссоциация, отстраненность или отделение субъективного от объективного — еще одна из гипнотических форм, часто используемых Эриксоном. Диссоциативная стратегия полезна для успешности некоторых специфических форм обучения (например, анестезии или эмоциональной объективности), позволяет проводить психотерапевтические воздействия без участия *сопротивления* и мешающих субъективных реакций. Метод «рассеяния», или встроенных внушений, также широко применяется в Э. г. Встроенные внушения (например, фраза «преодолей это»), недоступные сознательному восприятию с позиции отнесения к себе и запечатлеваемые в подсознании пациента, могут быть использованы не только в рамках формального гипноза, но и применены в ходе любого психотерапевтического общения. Легкое изменение громкости во время произнесения встроенного внушения, установление небольших пауз перед внушением и после него, упоминание имени пациента — все это способствует усилению воздействия рассеянных внушений.

Эриксон считается непревзойденным мастером использования метафорических историй в лечебных целях. Он совместно с Росси предположил, что поскольку симптомы эмоционального происхождения являются сообщениями на языке правого полушария, то использование метафор позволит напрямую общаться с правым полушарием, т. е. с бессознательным на его собственном языке. События метафорической истории должны чем-то напоминать события актуальной проблемы пациента и иметь решения этой проблемы. Это могут быть истории о других пациентах, притчи и сказки, события из жизни, но могут быть и новые метафоры, сконструированные гипнотерапевтом для данного пациента и содержащие в себе скрытые от сознательного контроля намеки на способы решения его проблемы.

Эффективное использование гипноза, как и психотерапии в целом, в эриксоновском подходе не ограничивается какими-то особыми техниками. Более важным является осознание и принятие

реальности вместе с готовностью и способностью использовать все, что она предлагает для достижения желаемых результатов. При использовании Э. г. происходят такие изменения, которые воспроизводят и поддерживают сами себя и приводят к дальнейшим изменениям. Это происходит прежде всего потому, что изменения были направлены на внутренний рост и самораскрытие пациента.

**ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ.** Ни в одной другой области медицины этические проблемы не приобретают столь существенного значения, как в психотерапии, — и во время установления контакта с больным, и в процессе проведения лечения, и при достижении психотерапевтических результатов. Первый вопрос, возникающий при встрече психотерапевта с больным, касается согласия последнего на проведение психотерапии, в особенности когда речь идет о его участии в занятиях *психотерапевтической группы*. Как замечают Хёк и Кёниг (Hock K., König W., 1976), лечение методами психотерапии не назначается — о нем договариваются. Больной редко признает определяющую роль психических факторов в развитии его заболевания. Это относится к значительной части больных — самолюбивых, скрытных, не склонных делиться с врачом, а тем более с группой пациентов своими переживаниями, нередко считающих это ненужным и уверяющих, что в их жизни все обстоит вполне благополучно. Ведущей при этом является установка (в известной мере защитная) на фармакотерапию и другие биологические средства лечения. Возможно, здесь играет роль тот факт, что пациентам, в заболевании которых усматривается заметная роль психогенных факторов, нередко приписывают чувство вины за свою болезнь, что выражается, в частности, в особых условиях их лечения в современных клиниках (требования активного участия в самообслуживании, трудовой терапии и пр., при том что лечебная направленность этих условий не всегда достаточно убедительна для больного).

Больной относительно редко готов признать психогенную природу своего заболевания; он принимает это скорее косвенно, самым фактом согласия пройти курс психотерапии. Однако и в случае, когда пациент не отрицает значения психотравмирующих влияний в развитии его болезни, признание им собственной роли в ее возникновении носит весьма ограниченный характер. *Сопротивление* больного *психотерапевтическому контакту* и отрицание психических конфликтов связаны с формированием в его сознании более престижной в социальном плане биологической концепции болезни. Сами психотравмы при этом выступают как одна из многих возможных и равноценных экзогений, нарушающих гомеостаз. Более того, в основе концепции болезни у многих пациентов лежит следующая мысль: «Я являюсь таким, каким меня сделали причинные и предрасполагающие моменты этиопатогенеза, я лишь пассивный продукт воздействующих на меня факторов, игрушка в руках объективных обстоятельств, которые на меня повлияли» (Seidel K., Szewczyk H., 1977). Поэтому хотя и не следует, как это делается в некоторых школах с экзистенциальной ориентацией, приписывать больному с психогенным расстройством чувство вины или обязательства перед обществом, вполне уместно требовать от него посильного участия в лечебном процессе: лучшего понимания причинных связей между его болезнью, с одной стороны, и жизненными ситуациями — с другой, осознания собственной роли в генезе болезни.

Требование к больному активно участвовать в лечении, выработка у него прочной мотивации к партнерству в лечебном процессе (Кабанов М. М., 1978) приобретают важнейшее значение в разных областях медицины, особенно с учетом тех изменений, которые произошли и продолжают происходить в этой области социальной практики человека.

Резкое увеличение числа больных с психосоматическими заболеваниями, с сочетанием в их механизмах биологических, психологических и социальных факторов, в значительной степени повлияло на взаимоотношения между больным и врачом. Хроническое, затяжное течение многих заболеваний и многолетнее, по сути дела непрерывное их лечение (например, при гипертонической болезни, ишемической болезни сердца и др.) вызвало волну интереса к знахарству, вторгающемуся в различные области медицины и, в частности, в психотерапию. Главное, что побуждает больного обратиться к современному знахарю, — это желание исцелиться не в течение нескольких лет, а сегодня, завтра, на этой неделе. И в ряде случаев эффект действительно наступает, потому что почти все болезни сегодня, особенно хронические, «обрастают» вторичными невротическими нарушениями, устранение которых, основанное на мощном фундаменте веры в исцеление с помощью неизвестного метода, и приводит иногда к улучшению в состоянии пациента.

Больные «медицинского лабиринта» посещают самых различных специалистов, и их «медицинская» эрудиция повышается с каждым шагом. Они знают группу «своих» лекарств, очень быстро овладевают несложной динамикой их использования. При посещении каждого нового врача пациент не узнает ничего нового ни о заболевании, ни о возможности излечения. Даже «поднимаясь по медицинской иерархии» — от участкового врача к профессору, этот опытный пациент уже почти все знает наперед. Другое дело — современный знахарь. Механизм его «целительных» действий больному неизвестен. Он не знает ни методов, ни приемов, которыми тот пользуется, а знает только, что «кому-то помогло». В этом его преимущество, и молва нередко склоняет чашу весов в его пользу, хотя очевидно, что в «терапии» современного знахаря в качестве основного фактора выступает эффект «вооруженного внушения».

Вторжение знахарства в пограничные с психотерапией области привлекает в этико-деонтологическом плане внимание к ряду вопросов. В своем становлении в качестве науки психотерапия должна решить сегодня важнейшую задачу — определить границы собственных возможностей и действовать в их пределах (Achte K., 1978). Вместе с тем в реальных условиях своего развития она все еще способствует возникновению различного рода фантазий и нереалистических отношений, которые исчезают лишь по мере накопления знаний и опыта. Врачей, которые с удивительным легкомыслием направо и налево обещают больным легкое выздоровление, еще Проспер Мериме называл «торговцами надеждой». И это отнюдь не противоречит положению о том, что психотерапия в различных ее формах должна включаться в систему лечебно-реабилитационных воздействий при различных заболеваниях, в том числе органической природы. Она необходима также пациентам с прогрессирующими и даже смертельными заболеваниями. В этическом плане речь идет лишь о постановке психотерапевтом клинически ясных целей не только для себя, но и в отношении пациента.

С учетом современного этапа развития психотерапии следует признать противоречащим медицинской этике использование таких методик, которые хотя и дают временный эффект, но являются псевдонаучными по своей природе или по своему обоснованию, поскольку в конечном счете это тормозит превращение психотерапии в подлинно научную дисциплину. Как не вспомнить слова Кречмера (Kretschmer E., 1965) о том, что «современному врачу отвратительна роль волшебника». Поддержание уровня своей подготовки в соответствии с требованиями психотерапевтической науки следует рассматривать как важнейший этический аспект деятельности психотерапевта. Заостряет этот вопрос развитие в рамках современной психотерапии более сложных личностно-ориентированных ее форм, взаимоотношение последних с «симптоматическими» методами в подготовке, повышении квалификации психотерапевта и в его практике.

Нет недостатка в ярких, образных, порой саркастических высказываниях относительно психологической сущности психогенных (невротических) расстройств, их роли в жизни пациента: «невротик из своей отравы приготавливает себе бальзам», «синдром отсиживания в гнезде» и т. д. Необходимость осознания психологических механизмов болезни в процессе лечения является одним из важных требований личностно-ориентированной психотерапии. Вместе с тем вопрос о полезности и целесообразности такого осознания пациентом во всех случаях решается авторами различным образом. Вряд ли тут поможет ссылка на педагогический опыт А. С. Макаренко, на его правило «не ворошить старого», которое освещалось торжественным ритуалом сожжения на костре старой одежды колонистов. Это правило относится главным образом к социально запущенным детям и подросткам, а не к больным со сложными личностно-обусловленными психогенными расстройствами. Не решается этот вопрос также полемическим отрицанием целесообразности «духовного стриптиза» в процессе индивидуальной и особенно групповой психотерапии. Однако и в том случае, когда необходимость знания истории болезни, психогенеза заболевания психотерапевтом не оспаривается, вопрос о целесообразности или нецелесообразности раскрытия содержания защитных психологических механизмов больному в процессе лечения продолжает дискутироваться в литературе. Представители гуманистической психотерапии, подчеркивая, что защитные психологические механизмы выступают в качестве тормоза на пути *самоактуализации*, развития личности, видят в них феномены скорее негативного характера, требующие устранения в ходе психотерапии. Однако распространенной является и точка зрения Стоквиса (Stokvis B., 1959): «Больной по-своему как-то приспособился жить со

своим заболеванием, и врачу не следует стремиться к тому, чтобы он отказался от своей формы приспособления, пока он не сумеет дать пациенту лучшую!». Только опыт, отличное знание пациента, истории его жизни и болезни, в ряде случаев — интуиция могут позволить психотерапевту найти правильное решение применительно к конкретному больному.

Следует также иметь в виду, что в психотерапии последних десятилетий отмечается тенденция сдвига от понимания к научению. В целом в психотерапии это соответствует требованию воздействовать на все основные сферы личности — познавательную, эмоциональную и поведенческую — в процессе их лечебной реконструкции.

Широкое применение поведенческих методов заостряет вопрос об этическом аспекте их применения; они могут использоваться для психологического регулирования поведения человека и манипулирования им.

Ряд этических вопросов связан с влиянием взаимоотношений врача и больного на диагностику, ход лечения, его завершение. Не отрицая роли объективных клинических проявлений, позволяющих дифференцировать группу пограничных состояний, нужно подчеркнуть влияние на диагностику отношения врача к больному. Отрицательное отношение (спонтанное или под влиянием родственников) может «обеспечить» диагноз психопатии, сочувствие же больному, эмоциональное принятие его ведет к постановке диагноза невроза.

С улучшением психотерапевтической помощи населению возрастает проблема зависимости больного от психотерапевта. Психотерапия может приводить к этой зависимости в не меньшей степени, чем иные лекарственные средства. В условиях преимущественно оплачиваемой психотерапевтической помощи эта проблема обостряется. Тех, кто считает, что им нужна психотерапия, с тревогой пишет Шепард (Shepard H., 1979), легче всего эксплуатировать: это слабые, неуверенные, одинокие, нервные люди, чье отчаяние порой настолько велико, что они готовы сделать и оплатить что угодно, лишь бы немного улучшить свое состояние. И далее автор пишет, что психотерапия — это ограниченная профессия тех специалистов, кто прошел соответствующую подготовку и желает придерживаться надлежащего этического кодекса.

В процессе лечения психотерапевт может оказаться в определенной неосознанной зависимости от пациента, поскольку общение с ним может повышать его самооценку, способствовать самоутверждению. Одна из профессиональных болезней психотерапевта — его желание выступать в роли пророка и волшебника; он не всегда учитывает границы своих возможностей. На практике это приводит к инфантилизации больного, затягиванию лечения, формированию, в свою очередь, зависимости больного от врача. Стремление к сохранению и повышению своего личного и профессионального престижа «за счет больных» приводит также к тому, что психотерапевт может «пережать» болезненные аспекты личности больного и не уделить должного внимания здоровым, «сильным» ее сторонам, которые могут явиться опорными точками на пути выздоровления пациента. Цель лечения не в предоставлении пациенту механических или психических «протезов», а в обеспечении его к моменту окончания психотерапии средствами для самостоятельной борьбы с трудностями, реализации своих жизненных целей.

Необходимо остановиться еще на одном вопросе. Он касается достаточно значимой в пограничной психиатрии проблемы гипердиагностики неврозов. Диагноз невроза в ряде случаев непосредственно следует за обращением пациента к врачу, за самим фактом посещения кабинета психотерапевта. При жалобах на некоторое (вполне адекватное в силу сложившейся семейной, бытовой или производственной обстановки) снижение психических функций — памяти, внимания, в целом умственной работоспособности, на повышение раздражительности врач стремится объяснить жалобы проявлениями болезни, чтобы не «обидеть» пациента, посчитав его здоровым; кроме того, часто врач неосознанно пытается избежать в этой ситуации невысказанного со стороны пациента упрека в симуляции. Гипердиагностике неврозов способствует вторжение в нашу жизнь, здравоохранение, культуру слова «стресс», ставшего синонимом напряжения, и прежде всего — эмоционального напряжения. Обычно подчеркивают, что жизнь современного человека в целом сопровождается большим количеством стрессовых ситуаций, чем прежде; заявления эти вызывают определенные сомнения. Достаточно вспомнить те страницы книги «Как закалялась сталь» Н. Островского, где описывается строительство железной дороги для доставки дров замерзающему Киеву. Голод, холод,

бандиты... Вот где люди должны были испытывать настоящий стресс. Между тем никому из них не приходило в голову квалифицировать свое нервно-психическое состояние как резкое отклонение от нормы. При обследовании их был бы выявлен огромный разрыв между установленными отклонениями и той оценкой своего состояния, которую строители дали бы себе сами. Когда мы говорим о нервно-психическом напряжении и об осознании его человеком, то должны учитывать, что эта оценка невозможна без привлечения нравственных, морально-этических критериев. Правильно ли поступает человек, если, встречаясь с трудностями, каждый раз стремится решать их с кем-то, обращаться к кому-то за помощью? Эта тенденция не является оптимальной. У нас нет своеобразного алфавита внутренних состояний, который позволил бы вести отсчет и найти тот порог, после которого становится адекватным обращение к психотерапевту. Определить этот порог нам помогают в большей степени, чем изучение функциональных сдвигов в организме пациента, нравственные критерии. Мы стремимся лучше понять личность нашего пациента, его отношение к себе и окружающим, мотивы поступков. А. Сент-Экзюпери принадлежат такие слова: «Человек измеряет свои препятствия сам; если препятствий нет, человек не знает, чего он стоит, не может понять, на что способен». Это следует учитывать для избежания гипердиагностики в быстро развивающейся области пограничных состояний.

См. также *Альтернативная психотерапия, Зависимость от психотерапевта, Негативные эффекты психотерапии, Телевизионная психотерапия.*

**ЭТНОТЕРАПИЯ ГАУСНЕРА И КОЧОВОЙ.** Метод психо- и *социотерапии*, созданный известным чешским психотерапевтом Гауснером (Hausner M.) по инициативе чешской актрисы и писательницы Кочовой (Kosova Z.). Разрабатывался метод в психиатрическом отделении Садска, известном в 1960-1970-х гг. как одно из первых психотерапевтических сообществ в системе лечения психически больных (Kosova Z., Hausner M., 1979, 1982). Первоначально Э. Г. и К. рассматривалась как важный компонент реабилитации психически больных. В дальнейшем возник новый метод *групповой терапии*, который авторы называли этнотерапией. Они исходили из того, что этнология может обогатить не только биологическую терапию (этнофармакология), но также и психосоциотерапию (этнотерапия).

Сущность метода состоит в том, что с помощью различных приемов, указанных ниже, пациенты погружаются, возвращаются в свое индивидуальное и коллективное детство, в древние культурные шаблоны и архетипы. Это способствует самораскрытию, самоутверждению пациентов, поиску своего места в жизни через ощущение в себе прежде всего природного, древнетрудового, язычески-праздничного (издревле человек прославлял природу и свою работу).

Э. Г. и К. использует не только традиционные элементы психотерапии, такие как *групповая психотерапия*, индивидуальные беседы, социотерапия, терапевтическое сообщество, формирующая терапия, *психодрама*, *психогимнастика*, терапия овладения объектами и символами, трудовая терапия или изготовление небольших предметов искусства и т. д., но и новые элементы, такие как этнология, народные традиции, обычаи, привычки, ритуалы, наивное искусство, танец, пантомима, терапевтическая регрессия в индивидуальное и коллективное детство.

Формирующая терапия нацелена на *самоанализ*, самопознание, самовыражение, самореализацию и коммуникацию. Она раскрывает пред- и неосознанные личностные свойства и поведенческие шаблоны. Ее ключевые механизмы — это проекция и освобожденная коммуникация. Э. Г. и К. использует эти переменные формирующей терапии и ресоциализирует пациентов на фоне древних культурных шаблонов и архетипов. Процесс самоосознания и поисков своего места в обществе при этом углубляется.

Э. Г. и К. выполняется в 3 этапа: открытие и поиск материалов, большей частью в природе (натуре, характере); их обработка и преобразование; центрирование деятельности отдельных лиц на других пациентов и ближайшем окружении. Человеческая жизнь тесно связана с природой, дающей большие возможности для гармонизации личности. Человек обладает силой и способностями, чтобы использовать позитивные последствия цивилизации и противостоять негативным. Он почитал природу как источник пропитания, а труд — как средство формирования ее. Его жизнь протекала в соответствии с временами года природного цикла. С древних времен человек прославлял природу и свой труд, соотносённый с древним разделением времен (периодов) природного цикла и направленный на удовлетворение потребностей. Это видно из истории различных культур и наций. По этой природной и культурной традиции трудовой год делился на 5 этапов.

Кульминацией каждого этапа был праздник, имевший специфический, символический смысл. Масленица (карнавал) — праздник освобождения подавленных эмоций, желаний, потребностей индивидуума, группы, общества. Пасха — праздник весны; жизнь побеждает смерть, болезнь и беду. Солнцеворот (солнцестояние) — праздник возросших сил природы и человека, новых возможностей. Освящение церкви — праздник созревания плодов человеческого труда и всеобщей радости (веселья). Рождество — праздник веры (доверия) и надежды в человеческой любви, общности, углубленных отношениях (связях). Годичные праздники имеют свой духовный, гигиенический и психопрофилактический смысл и в современном обществе. Например, отмечают авторы, количество пациентов, лечившихся в психиатрической клинике первой помощи в период рождественских праздников, в течение 7 лет было относительно меньшим по сравнению с другими обычными и праздничными днями. Группы пациентов функционировали по указанному плану годичных этапов. Каждый этап имел свой девиз, свою цель и свое содержание.

## Ю

**ЮНГ** Карл Густав (Jung C. G., 1875-1961). Швейцарский психиатр, основатель *аналитической психологии*. В юношеские годы увлекался философией и свою будущую профессию видел на грани соприкосновения философии и медицины. Закончил медицинский факультет университета в Базеле. С 1900 г. работал ассистентом в психиатрической клинике Цюриха, возглавляемой Блейлером (Bleuler E.). В 1905-1906 гг. преподавал психиатрию в Цюрихском университете. С 1907 по 1913 г. активно сотрудничал с *Фрейдом* (Freud S.), вместе с ним совершил поездку по университетам США. В 1909-1913 гг. Ю. становится виднейшим последователем Фрейда, первым президентом Международного психоаналитического общества. Он председательствовал на III и VI психоаналитических конгрессах; в 1911-1913 гг. редактировал психоаналитический журнал «Jahrbuch»; читал лекции по введению в *психоанализ* в Цюрихском университете. Отход Ю. от Фрейда относится к 1913 г. и связан с выходом его книги «Метаморфозы и символы либидо», в которой он отверг сексуальную *интерпретацию* либидо Фрейда. С 1913 г. занимался частной психоаналитической практикой, много путешествовал, посетил Северную Африку, США, Мексику, Кению, Индию и Цейлон. Интересовался даосизмом, буддизмом, сохранил интерес к философии. «Вопреки растущим научным интересам, — писал он, — я время от времени вновь возвращаюсь к моим философским книгам». В 1921 г. вышла работа Ю. «Психологические типы». В 1933 г. он стал президентом Международного психотерапевтического общества, в 1948 г. открыл в Цюрихе Институт аналитической психологии.

Определяющее место в аналитической психологии Ю. занимает положение о коллективном бессознательном, в котором в виде архетипов отражен предшествующий опыт человечества. Архетипы находят свое выражение в символических образах, которые обнаруживаются в мифах, фольклоре, сновидениях, невротических симптомах и т. д. Он рассматривал аналитическую психологию как «западную йогу», как «путь освобождения», что отражает существенное влияние на творчество Ю. восточной философии.

Ю. — создатель ассоциативного эксперимента (1906) и концепции интро- и экстраверсии.

## **Список основной литературы**

Абабков В. А. Проблема научности в психотерапии. — СПб., 1998.

Александр Ф., Селесник III. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней. — М., 1995.

Александров А. А. Современная психотерапия. — СПб., 1997.

Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — М., Ростов-на-Дону, 1997.

Алешина Ю. Е. Семейное и индивидуальное психологическое консультирование. — М., 1994.

Амбрумова А. Г., Полеев А. М. Телефонная психотерапевтическая помощь. Телефон доверия в системе социально-психотерапевтической службы. — М., 1988.

- Ананьев В. А.* Введение в психологию здоровья. — СПб., 1999.
- Ананьев В. А.* Введение в потрясающую психотерапию. — Журнал практического психолога, №7-8, 1999, с. 41-72.
- Ахола Т., Фурман Б.* Краткосрочная позитивная психотерапия (терапия, фокусированная на решении). — СПб., 1996.
- Балинтовские группы и супервизия в подготовке специалистов, работающих с людьми / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб., 1998.
- Балунов О. А., Демиденко Т. Д., Садов О. Г. и др.* Методы повышения эффективности реабилитации больных, перенесших инсульт. — СПб., 1996.
- Баскаков В.* Танатотерапия — искусство жизни. — М., 1996.
- Бассин Ф. В.* Проблема «бессознательного» (О неосознаваемых формах высшей нервной деятельности). — М., 1968.
- Беляев Г. С., Лобзин В. С., Копылова И. А.* Психогигиеническая саморегуляция. — Л., 1997.
- Бендлер Р., Гриндер Дж.* Структура магии: в 2 томах. — СПб., 1993.
- Бендлер Р., Гриндер Дж., Сатир В.* Семейная терапия. — СПб., 1993.
- Берн Э.* Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. — Л., 1992.
- Берн Э.* Трансакционный анализ и психотерапия. — СПб., 1994.
- Бехтерев В. М.* Избранные произведения. — Л., 1954.
- Бирман Б. Н.* Психотерапия как социо-рефлекс-терапия невротической личности. — Современная психоневрология, т. 10, №4-5, 1930, с. 61-62.
- Блазер А., Хайм Э., Рингер Х., Томмен М.* Проблемно-ориентированная психотерапия. Интегративный подход. — М., 1998.
- Буль П. И.* Основы психотерапии. — Л., 1974.
- Бурно М. Е.* Терапия творческим самовыражением. — М., 1999.
- Варнава (Беляев) епископ.* Основы искусства святости. Т. 1-3. — Нижний Новгород, 1995-1997.
- Варшавский К. М.* Гипносуггестивная терапия (лечение внушением в гипнозе). — Л., 1973.
- Васильева А. В.* Рационально-эмоционально-поведенческая терапия в лечении пограничных расстройств. — СПб. — Иваново, 2000.
- Вассерман Л. И., Вукс А. Я., Иовлев Б. В. и др.* Компьютерная психодиагностика: назад к клинко-психологическому методу. — В кн.: Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. — СПб., 1994, с. 62-70.
- Вельвовский И. З., Платонов К. И., Плотицер В. А., Шугом Э. А.* Психопрофилактика болей в родах. Лекции для врачей-акушеров. — Л., 1954.
- Вельвовский И. З., Липгарт Н. К., Багaley Е. М., Сухоруков В. И.* Психотерапия в клинической практике. — Киев, 1984.
- Вид В. Д.* Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. — СПб., 1993.
- Винокуров Б. Л., Эскузян Ф. Ф.* Медицинская и социальная реабилитация сексуальной дисгармонии и расстройств мужской потенции при неврозах. — Сочи, 1993.
- Виш И. М.* Практическая психотерапия. — Воронеж, 1969.
- Возрастные аспекты групповой психотерапии. — Л., 1988.
- Воловик В. М., Вид В. Д.* Психофармакология и психотерапия. — В кн.: Фармакологические основы реабилитации психически больных. — М., 1989, с. 98-117.
- Вольперт И. Е.* Психотерапия. — Л., 1972.
- Воробейник Я. Н., Поклитар Е. А.* Основы психогигиены. — Киев, 1989.
- Воронович Б.* Сообщество Анонимных Алкоголиков (АА) и его программа «12-ти шагов». — В кн.: Психотерапия: от теории к практике. — СПб., 1995, с. 107—111.
- Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н.* Неврозы у детей и их лечение. — Л., 1977.
- Гереништейн Г. Б.* Введение в практическую психотерапию. — М., 1927.
- Гиляровский В. А.* О психотерапии на коллективах невротиков как особом методе, проводимом в Донской психиатрической лечебнице. — Московский медицинский журнал, № 7, 1926, с. 55-61.
- Гнездилов А. В.* Путь на голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. — СПб., 1995.



- Голмен Д. Многообразие медитативного опыта. — Киев, 1993.
- Голынкина Е. А. Динамика социально-психологических характеристик больных неврозами в процессе групповой психотерапии. — Автореф. дис. канд. психол. наук. — СПб., 1991.
- Горелик Б. М., Николаева И. С. Групповая психотерапия в системе реабилитации больных шизофренией. — В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. — Л., 1975, с. 83-84.
- Григорьевских В. С. О взаимодействии психотерапии и средств массовой информации. — В кн.: Психотерапия: от теории к практике. — СПб., 1995, с. 175-178.
- Гриненко А. Я., Крупицкий Е. М., Шибанов П. Д. и др. Нетрадиционные методы лечения алкоголизма. — СПб., 1993.
- Гринсон Р. Практика и техника психоанализа. — Новочеркасск, 1994.
- Гройсман А. Л. Коллективная психотерапия. — М., 1969.
- Громов С. А., Хоршев С. К., Федотенкова Т. Н. и др. Восстановительная терапия больных эпилепсией. — СПб., 1993.
- Гроф С. Путешествие в поисках себя. — М., 1994.
- Групповая психотерапия. Под ред. Б. Д. Карвасарского и С. Ледера. — М., 1990.
- Групповая психотерапия при неврозах и психозах. — Л., 1975.
- Губачев Ю. М., Иовлев Б. В., Карвасарский Б. Д. и др. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. — Л., 1976.
- Гузилов Б. М., Ерышев О. Ф. Современная тенденция создания терапевтических программ в наркологии. — В кн.: Психологические исследования и психотерапия в наркологии. — Л., 1989, с. 7-11.
- Гулдинг М., Гулдинг Р. Психотерапия нового решения. Теория и практика. — М., 1997.
- Гурьев Н. Д. Страсти и их воплощение в соматических и нервно-психических болезнях. — Иваново, 1998.
- Давиденков С. Н. Неврозы. — Л., 1963.
- Дворкин Э. М. Психотерапия сексуальных расстройств. — В кн.: Руководство по психотерапии. — Ташкент, 1979, с. 420-434.
- Дежерин Ж., Гоклер Е. Функциональные проявления психоневрозов и их лечение психотерапией. — М., 1912.
- Дмитриева Т. Б., Положий Б. С. Социальная психиатрия: современные представления и перспективы развития. — Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева, 1994, №2, с. 39-49.
- Днепровская С. В. Роль психотерапии в реабилитации больных с затяжными депрессиями. — В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. — Л., 1975, с. 89-93.
- Дюбуа П. Психоневрозы и их психическое лечение. — СПб., 1912.
- Дюбуа П. О психотерапии. — М., 1913.
- Ересько Д. Б., Кандинский А. Г. Психиатрия и психотерапия в муниципальной службе охраны психического здоровья г. Тюмени. — В кн.: Психотерапия: от теории к практике. — СПб., 1995, с. 170-175.
- Железняк Л. С., Карвасарская И. Б. Опыт включения детей с проблемами развития в состав психотерапевтических групп. — Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева, 1993, № 1, с. 102-104.
- Жидков С. Н. Российская йога. — Рига, 1991.
- Завилянская Л. И. Психотерапия неврозоподобных состояний. — Киев, 1987.
- Завьялов В. Ю. Музыкальная релаксационная терапия. Практическое руководство. — Новосибирск, 1995.
- Зарин С. М. Аскетизм по православно-христианскому учению. — М., 1996.
- Захаров А. И. Неврозы у детей и психотерапия. — СПб., 1998.
- Зеневич Г. В., Либих С. С. Психотерапия алкоголизма. — Л., 1965.
- Иванов Н. В. Психотерапия в условиях психоневрологического диспансера. — М., 1959.
- Интегративные аспекты современной психотерапии. — СПб., 1992.
- Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. Концепция отношений В. Н. Мясищева и медицинская психология. — СПб., 2000. Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических

заболеваниях. — Л., 1982.

*Исурина Г. Л.* Групповые методы психотерапии и психокоррекции в клинике. — В кн.: М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л., 1983, с. 231-254.

*Исурина Г. Л.* Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия и основные тенденции ее развития. — В кн.: Психотерапия: от теории к практике. — СПб., 1995, с. 81-87.

Исцеление словом, вып. 2 / Сост. С. А. Ершов. — Псков, 1995.

*Кабанов М. М.* Реабилитация психически больных. — Л., 1985.

*Кабанов М. М.* Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. — СПб., 1998.

*Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л., 1983.

*Казаковцев Б. А.* Организация психиатрической помощи. — М., 1996.

*Казаковцев Б. А.* Материально-техническое и кадровое обеспечение сети учреждений и подразделений, оказывающих психотерапевтическую помощь. — СПб. — Иваново, 2000.

*Камерон-Бэндлер Л.* С тех пор они жили счастливо. — Калифорния, 1985.

*Кан М.* Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. — СПб., 1997.

*Каптен Ю. Л.* Основы медитации. — СПб., 1991.

*Карвасарский Б. Д.* Психотерапия. — М., 1985.

*Карвасарский Б. Д.* Неврозы. — М., 1990.

*Кассинов Г.* Рационально-эмоционально-поведенческая психотерапия как метод лечения эмоциональных расстройств. — В кн.: Психотерапия: от теории к практике. — СПб., 1995, с. 88-98.

*Кашипровский А. М.* Групповая неспецифическая психотерапия. — М., 1993.

*Кинг М. Е., Цинтреблум Ч. М.* Экзистенциальная гипнотерапия. — М., 1998.

*Киппер Д.* Клинические ролевые игры и психодрама. — М., 1993.

*Киприан (Керн) архимандрит.* Антропология св. Григория Паламы. — М., 1996.

Классическое обусловливание. — В кн.: Экспериментальная психология / Под ред. Фресса П., Пиаже Ж. — М., 1973, с. 14-19.

*Клейнзорге Х., Клюбиес Г.* Техника релаксации. — М., 1965.

Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. — Л., 1979.

*Козина Н. В.* Исследование эмпатии и ее влияние на формирование «синдрома эмоционального сгорания» у медицинских работников. — Автореф. дис. канд. психол. наук. — СПб., 1998.

*Колосов В. П.* Трансперсональная психотерапия. — В кн.: М. Е. Бурно. Справочник по клинической психотерапии. — М., 1995, с. 64-74.

*Кондрашенко В. Т., Донской Д. И.* Общая психотерапия. — Минск, 1993.

*Консторум С. И.* Опыт практической психотерапии. — М., 1959.

*Костерева В. Я.* О значении внутренней картины болезни в психотерапии больных малопрогредиентной шизофренией. — В кн.: Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. — Л., 1979, с. 117-121.

*Кочова З., Хауснер М.* Энотерапия. — Садска (Чехословакия), 1979.

*Кратохвил С.* Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. — М., 1991.

*Кремлева О. В., Лозовой В. Л.* Биопсихосоциальный подход как основной принцип организации медико-психологической помощи населению. — В кн.: Психотерапия: от теории к практике. — СПб., 1995, с. 42-52.

*Кроль Л. М., Михайлова Е. Л.* Человек-оркестр. Микроструктура общения. — М., 1993.

*Кузнецов О. Н.* Психотерапия и профилактика в космической психоневрологии. — Вестник гипнологии и психотерапии, 1993, № 1 с. 48-56.

*Кузнецов Ю. В.* Ценностно-адаптивный подход в психотерапии. — СПб. — Иваново, 2000.

*Кулаков С. А.* Личностно-ориентированная психопрофилактика пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков. Автор. дисс. док. мед. наук. — СПб., 1997.

*Кульгавин Л. М.* Значение видеотехники в психотерапии. — В кн.: Психотерапия: от теории к практике. СПб., 1995, с. 117-123.

*Курпатов В. И.* Профилактика, лечение и реабилитация психогенно обусловленных расстройств у плавсостава Военно-морского флота. — Автореф. дис. докт. мед. наук. — СПб., 1994.

*Крылова Г. С.* Групповая психотерапия в комплексном лечении больных с функциональными заболеваниями желудка. — В кн.: Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. — Л., 1988, с. 1109-1112.

*Куз Э.* Школа самообладания путем сознательного (преднамеренного) самовнушения. — Н. Новгород, 1929.

*Кылов А. В.* Метод вербальной мифологизации личности при лечении невротических расстройств. — СПб. — Иваново, 2000.

*Лапин И. П., Гриненко Н. И., Крупницкий Е. М., Гриненко А. Я.* Стабильна ли индивидуальная характеристика «плацебо-реактор» и «плацебо-нереактор»? — Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева, 1994, № 2, с. 105-108.

*Лаплани Ж., Понталис Ж.-Б.* Словарь по психоанализу. — М., 1996.

*Лаутербак В.* Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки. — В кн.: Психотерапия: от теории к практике. — СПб., 1995, с. 28-41.

*Лебединский М. С., Мясищев В. Н.* Введение в медицинскую психологию. — Л., 1969.

*Лебединский М. С.* Очерки психотерапии. — М., 1971.

*Леви Д. А.* Семейная психотерапия. История, теория, практика. — СПб., 1993.

*Ледер С.* Этические вопросы психотерапии. — В кн.: Транскультуральные исследования в психотерапии — Л., 1989, с. 27-35.

*Лейбин В. М.* Психоанализ и философия неопрецидизма. — М., 1977.

*Лейтц Г.* Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я. Л. Морено. — М., 1994.

*Леонова А. Б., Кузнецова А. С.* Психопрофилактика неблагоприятных функциональных состояний человека. — М., 1987.

*Либих С. С.* Коллективная психотерапия неврозов. — Л., 1974.

*Линдеман Х.* Аутогенная тренировка. Путь к восстановлению здоровья и работоспособности. — М., 1980.

*Литвак М. Е.* Неврозы. — Ростов-на-Дону, 1993.

*Личко А. Е.* Подростковая психиатрия. — Л., 1985.

*Лобзин В. С., Решетников М. М.* Аутогенная тренировка. — Л., 1986.

*Лоуэн А.* Биоэнергетика. — СПб., 1998.

*Лутэ В.* Аутогенная тренировка с применением обратной связи. — В кн.: Психическая саморегуляция. — Алма-Ата, 1974, вып. 2, с. 61-67.

*Майерс Д.* Социальная психология. — СПб., 1997.

*Макаров В. В.* Лекции по психотерапии. — М., 1999.

*Мелик-Парсаданов М. В.* Патогенетическая диагностика и психотерапия вегетативных кризов при неврозах, возникших на фоне алкоголизма. — Тезисы докладов VII съезда невропатологов и психиатров СССР. — Харьков, 1984, т. 2, с. 67-68.

*Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. — М., 1998.

*Менегетти А.* Музыка души. Введение в онтопсихологическую музыкотерапию. — СПб., 1992.

*Минутко В. Л.* Рациональная психотерапия. — СПб. — Иваново, 2000.

*Минухин С., Фишман Ч.* Техники семейной терапии. — М., 1998.

*Миссуловин Л. Я.* Заикание. — СПб., 1999.

*Михайлова Н. А., Федоров А. П., Эйдемиллер Э. Г.* Основы клинической и психологической диагностики неврозов в связи с задачами психотерапии. — Л., 1986.

*Морли С., Шефферд Дж., Спенс С.* Методы когнитивной терапии и тренинга социальных навыков. — СПб., 1996.

*Мурзенко В. А.* Групповая психотерапия при неврозах. — В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. — Л., 1975, с. 77-83.

*Мышляев С. Ю.* Гипноз. Личное влияние? — Нижний Новгород, 1993.

*Мэй Р.* Искусство психологического консультирования. — М., 1994.

*Мягер В. К., Мишина Т. М.* Семейная психотерапия. — В кн.: Руководство по психотерапии. —

Ташкент, 1979, с. 297-310.

*Мягков И. Ф.* Психотерапия. — М., 1967.

*Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. — Л., 1960.

*Мясищев В. Н.* Психология отношений. — М., Воронеж, 1995.

*Назыров Р. К.* Российская психотерапевтическая ассоциация: организационные основы, цели и задачи деятельности. — В кн.: Психотерапия: от теории к практике. — СПб., 1995, с. 75-81.

*Немчин Т. А.* Состояния нервно-психического напряжения. — Л., 1983.

*Носачев Г. Н.* Введение в психотерапию. — Самара, 1997.

*Носачев Г. Н.* Направления, виды, методы и техники психотерапии. Т. 1, 2. — Самара, 1998.

*Озерецковский Д. С.* О лечении навязчивых невротиков по методу коллективной психотерапии. — Журнал невропатологии и психиатрии, 1927, № 6, с. 588-594.

*Павлов И. П.* Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных: Сборник статей. — М. — Л., 1938.

*Панков Д. В.* Рациональная и разъяснительная психотерапия. — В кн.: Руководство по психотерапии. — Ташкент, 1985, с. 188-212.

*Пезешкиан Н.* Психосоматика и позитивная психотерапия. — М., 1996.

*Пезешкиан Х.* Позитивная психотерапия как транскультуральный подход в российской психотерапии. — СПб., 1998.

*Перельмутер М. М.* О сомнопсихотерапии. — Труды 3-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. Невропатология и психиатрия, 1949, т. 18, №4, с. 54-57.

*Петленко В. П.* Валеологическая модель человека: храм здоровья — любви — красоты (проект школьной программы). — Будущее России: доктрина возрождения и устойчивого развития страны: Основные материалы Второго съезда Петровской академии наук и искусств. — СПб., 1997, с. 202-213.

*Петров Н.* Самовнушение в древности и сегодня. — М., 1986.

*Петровская Л. А.* Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга. — М., 1982.

*Платонов К. И.* Слово как физиологический и лечебный фактор. — М., 1962.

*Подсадный С. А.* К проблеме согласованности вербального и невербального каналов сообщений у больных неврозами в процессе групповой психотерапии. — Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева, 1992, №4, с. 93-95.

*Полторак С. В.* Дифференциальная диагностика депрессий и выбор оптимальной модели терапии. — В кн.: Социальные, правовые, медицинские аспекты психиатрии, наркологии, психотерапии: Материалы докладов Международной научно-практической конференции. — Владивосток — Томск, 1997, с. 35-39.

*Попов Ю. В., Вид В. Д.* Клиническая психиатрия. — СПб., 1996.

Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине / Под. ред. Т. З. Биктимирова и О. П. Модникова. — Ульяновск, 1998.

Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. / Ред. сост.: К. П. Кискер, Г. Фрайбергер, Г. К. Розе, Э. Вульф. — М., 1999.

Психотерапевтическая энциклопедия. / Под. ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб., 1999.

Психотерапия. / Под. ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб., 2000.

Психотерапия и духовные практики. Подход Запада и Востока к лечебному процессу. — Минск, 1998.

Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. — Материалы Российской конференции. — СПб — Иваново, 2000.

Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1973.

Психотерапия: от теории к практике. — Материалы I съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. — СПб., 1995.

*Радхакришнан С.* Индуистская философия. — М., 1957.

*Райх В.* Анализ личности. — М., СПб., 1999.

*Рахманов В. М.* Психотерапия в сурдологии. — Киев, 1988.

*Ричардсон Р.* Семейная психотерапия. — М., 1992.

- Роббинс И., Фишер Д.* Спокойствие без пилуль (все о трансцендентальной медитации). — Нью-Йорк, 1972.
- Роджерс К.* О групповой психотерапии. — М., 1993.
- Роджерс К.* Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М., 1994.
- Рожнов В. Е.* К теории эмоционально-стрессовой психотерапии. — В кн.: Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. — Л., 1982, с. 10-15.
- Рожнов В. Е.* Гипнотерапия, — В кн: Руководство по психотерапии. — Ташкент, 1985, с. 156-188.
- Ромэн А. С.* Самовнушение и его влияние на организм. — Алма-Ата, 1970.
- Рудестам К.* Групповая психотерапия. — М., 1998.
- Руководство по психотерапии. / Под ред. В. Е. Рожнова. — Ташкент, 1985.
- Саймон Р.* Один к одному. Беседы с создателем семейной терапии. — М., 1996.
- Сандлер Дж., Дэр К., Холдер А.* Пациент и психоаналитик: основы психоаналитического процесса. — Воронеж, 1993.
- Святоц А. М.* Неврозы. — М., 1997.
- Семке В. Я., Аксенов М. М.* Пограничные состояния. Региональные аспекты. — Томск, 1996.
- Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1978.
- Семинар с доктором медицины Милтоном Г. Эриксоном (уроки гипноза). — М., 1994.
- Семичов С. Б.* Элементы групповой психотерапии и психопрофилактики в первобытном обществе. — В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. — Л., 1975, с. 113-119.
- Слободяник А. П.* Психотерапия, внушение, гипноз. — Киев, 1982.
- Совершенный человек. Теология и философия образа. / Под ред. Ш. Шукурова. — М., 1997.
- Соложенкин В. В.* Психологические основы врачебной деятельности. — М., 1997.
- Софроний архимандрит.* О молитве. — СПб., 1994.
- Спиваковская А. С.* Профилактика детских неврозов. — М., 1988.
- Сталин В. В.* Самосознание личности. — М., 1983.
- Страумит А. Я.* Патогенез и диагностика неврозов с функциональными нарушениями сердечной деятельности: Методическое письмо. — Л., 1969.
- Сумерки богов. (Ф. Ницше, З. Фрейд, Э. Фромм, А. Камю, Ж. П. Сартр). — М., 1989.
- Ташлыков В. А.* Психология лечебного процесса. — Л., 1984.
- Ташлыков В. А., Фробург И.* Исследование «вербализации» (эмпатической коммуникации с в психотерапии) в связи с задачами учебного тренинга психотерапевтов. — В кн.: Современные формы и методы организации психогигиенической и психопрофилактической работы. — Л., 1985, с. 144-148.
- Телесно-ориентированная психотерапия. Хрестоматия / Автор сост. Л. С. Сергеева, СПб., 2000.
- Телешевская М. Э.* Наркопсихотерапия. — В кн.: Руководство по психотерапии. — Ташкент, 1979, с. 275-283. Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. — СПб, 1994.
- Токарский А. А.* Терапевтическое применение гипнотизма. — М., 1890.
- Томэ Х., Кёхеле Х.* Современный психоанализ. В 2 тт., т 1. «Теория». — М., 1996.
- Транскультуральные исследования в психотерапии. — Л., 1989.
- Тукаев Р. Д.* Феноменология и биология гипноза (теоретический анализ и практическое применение). — Уфа, 1996.
- Тулицын Ю. Я.* Клинический метод в практической психотерапии. — В кн.: Психотерапия от теории к практике. — СПб., 1995, с. 53-57.
- Ульянов И. Г.* Клиника, типология, психотерапия пограничных нервно-психических расстройств у рыбаков в морских условиях. — Автореф. дис. докт. мед. наук. — Томск, 1996.
- Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С.* Психодинамическая психотерапия. — М., 1992.
- Фаррели Фрэнк, Брандсма Джеффри.* Провокационная терапия. — Екатеринбург, 1996.
- Федоров А. П.* Методы поведенческой психотерапии. — Л., 1987.
- Федоров А. П.* Когнитивная психотерапия. — СПб., 1991.
- Фейдимен Дж., Фрейгер Р.* Личность и личностный рост. — М., 1985.
- Феофан (Говоров) епископ.* Путь ко спасению (краткий очерк аскетики). Начертания

христианской жизни. — М., 1908.

*Филатов А. Т.* Аутогенная тренировка. — Киев, 1979.

*Форель А.* Гипнотизм, внушение и психотерапия. — Л., 1928.

*Франкл В.* Человек в поисках смысла. — М., 1990.

*Фрейд З.* Введение в психоанализ. Лекции. — М., 1989.

*Фрейд З.* Психология бессознательного. — М., 1990.

*Фрейд З.* Толкование сновидений. — М., 1991.

*Фрейд З.* Психоаналитические этюды. — Минск, 1991.

*Фрейд З.* Психология Я и защитные механизмы. — М., 1993.

*Фромм Э.* Психоанализ и этика. — М., 1993.

*Фромм Э.* Анатомия человеческой деструктивности. — М., 1994.

*Фромм Э.* Миссия Зигмунда Фрейда. — М., 1996.

*Холл Д. А.* Юнгианское толкование сновидений. Практическое руководство. — СПб., 1996.

*Холмогорова А. Б.* Психотерапия шизофрении за рубежом. — Московский психотерапевтический журнал, 1993, № 1. с. 77-112.

*Хорни К.* Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. — М., 1993.

Хрестоматия по гуманистической психотерапии / Сост. М. Папуш. — М., 1995.

*Цыцарев С. В.* Мотивы обращения к психотерапевту. — В кн.: Психотерапия: от теории к практике. — СПб., 1995, с. 71-74.

*Черепанова И. Ю.* О гуманизации медицинского образования (суггестивная лингвистика в терапии). — СПб. — Иваново, 2000.

*Чехлатый Е. И.* Медицинские и психологические аспекты дезадаптации населения в период социально-экономической нестабильности. — СПб. — Иваново, 2000.

*Чуркин А. А.* Место психотерапии в новой концепции охраны психического здоровья. — В кн.: Психотерапия: от теории к практике. — СПб., 1995, с. 21-25.

*Шапиро Ф.* Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз. — М., 1998.

*Шертюк Л.* Гипноз. — М., 1992.

*Шертюк Л., Соссюр Р., де.* Рождение психоаналитика. От Месмера до Фрейда. — М., 1991.

*Шевченко Ю. С., Добридень В. П.* Онтогенетически-ориентированная психотерапия. — Тюмень, 1998.

*Шерешевский А. М.* Фактор доверия к врачу и его роль в психотерапии. — В кн.: Вопросы психотерапии. — М., 1977, с. 73-75.

*Шкловский В. М.* Заикание. — М., 1994.

*Щеглов Л. М.* Неврозы и сексуальные расстройства. — СПб., 1996.

*Эверли Дж., Розенфельд Р.* Стресс: природа и лечение. — М., 1985.

Эволюция психотерапии. Т. 1—4. — М., 1998.

*Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А.* Групповая психотерапия у подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами. — Журнал невропатологии и психиатрии, 1990, №5, с. 118-125.

*Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В.* Психология и психотерапия семьи. — СПб., 1999.

*Энрайт Дж.* Гештальт, ведущий к просветлению. — М., 1988.

*Эриксон М., Росси Э., Росси III.* Гипнотические реальности: Наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения. — М., 1999.

*Юнг К.* Аналитическая психология. — СПб., 1994.

*Яковлева Е. К.* Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний и психастении. — Л., 1958.

*Ялов А. М.* Краткосрочная позитивная психотерапия. — СПб., 1992.

*Ялом И.* Лечение от любви и другие психотерапевтические новеллы. — М., 1997.

*Яроцкий А. И.* Идеализм как физиологический фактор. — Юрьев, 1908.

*Adler A.* The practice and theory of individual psychology. — New York: Humanities, 1929.

*Aleksandrowicz J. W.* Psychopatologia nerwic. — Krakow. Akad. med., 1983. *Alexander F.* Psychosomatic medicine: its principles and applications. — New York, 1950.

*Alexander F.* The dynamics of psychotherapy in the light of learning therapy. — Inter. J. of Psychiatry, 1965, vol. 1, N. 2, p. 189-197.

- Alexander F., French M., Pollock G. Psychosomatic specificity. Experimental study and results. — Chicago, 1968.
- Ammon G. Psychoanalyse und Psychosomatik. — Munchen: Piper, 1974. Атанасов Ат. Отреагиране. — София: Медицина и физкултура, 1990.
- Autogenic therapy / Ed. W. Luthe. — New York; London: Grune and Stratton, vol. 1-6, 1969-1974.
- Ayllon T., Azrin N. The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation. — New York, 1968.
- Bach G. The marathon group. — Psychol. Rep., 1966, N. 18, p. 995-1002.
- Bach G., Wygen P. The intimate enemy. How to fight fair in love and marriage. — New York: Morrow and Co., 1969.
- Bahnsen C.B. Das Krebsproblem in psychosomatischer Dimension / Hrsg. T. v. Uexkuell: Psychosomatische Medizin. — Munchen: Urban und Schwarzenberg, 1986, s. 889-909.
- Balint M., Ornstein P. H., Balint E. Focal psychotherapy. — London, 1972.
- Bandura A. Principles of behavior modification. — New York: Holt, 1969.
- Bandura A. Social learning theory. Englewood cliffs. — New York: Prentice Hall, 1977.
- Bastine R., Kommer D. Konfrontation als Strategie therapeutischen Handelns / Hrsg. L. H. Eckensberger: Bericht uber 31 Kongress ... , 1978, B. 2.
- Beck A. T. Cognitive therapy and emotional disorders. — New York: International University Press, 1976.
- Beck A. T. Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. — Munchen, 1979.
- Beitman B. D. Pharmacotherapy as an intervention during the stages of psychotherapy. — Am. J. of Psychotherapy, vol. 35, N. 2, 1981, p. 206-214.
- Beitman B. D., Goldfried M. R., Norcross J. C. The movement towards integrating the psychotherapies: an overview. — Am. J. Psychiatry, 1989, vol. 146, N. 2, p. 138-147.
- Behaviour therapy and the neuroses / Ed. H. J. Eysenck. — London: Pergamon Press, 1960.
- Benedetti G. Klinische Psychotherapie. — Bern, 1946.
- Berne E. Transactional analysis in psychotherapy. — New York, 1957.
- Bibring E. Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. J. of the Am. Psychoanal. Ass., 1954, N. 2, 745-770.
- Bion W. Experience in groups. — New York: Basic Books, 1961.
- Binswanger L. Grundtormen und Erkenntnis menschlichen Daseins. — Niehaus, Zurich, 1964.
- Breuer J., Freud S. Studien uber Hysterie. — Wien, 1895.
- Cautela J., Benett A. Covert conditioning / Ed. by R. Corsini: Handbook of innovative psychotherapies. — New York, 1981, Ch. 14, p. 189-204.
- Chertzev B., Stone L. Fundamentals of counseling. — Boston, 1976.
- Childress C. A., Asamen J. K. The emerging relationship of psychology and the Internet: Proposed guidelines for conducting Internet intervention research. — Ethics and Behavior, N. 8, p. 19-35.
- Clark R.W. Sigmund Freud. — Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag, 1981.
- Cohn R. Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. — Stuttgart: Klett-Cotta, 1980.
- Чолаков К. Психофизиологичната декапсулация като каузално лечение на психоневрозите. — Русе, 1933.
- Corsini R.J. The behind-the-back encounter /Eds. L. R. Wolberg, E.K.Schwarz: Group therapy: an overview. — New York: Stratton Intercontinental, 1973, p. 55-70.
- Curtis H. Development of psychoanalysis. — New York, 1991.
- Deutsch F. Applied psychoanalysis. — New York: Grune and Stratton, 1949.
- Dollard J., Miller N. E. Personality and psychotherapy. — New York: McGraw — Hill, 1950.
- Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. — New York, 1962.
- Ellis A. The Nature of disturbed marital interactions / Eds. A. Ellis, R. Grieger. Handbook of rational emotive therapy. — New York: Springer, 1977.
- Ellis A. Rational-emotive couple therapy. — New York, 1990.
- Enke H. Bipolare Gruppenpsychotherapie als Moglichkeit psychoanalytischer Arbeit in der Stationaeren Psychotherapie. — Psychother., Psychosom. med., Psychol., 1965, 15, s. 116-121.

- Erikson M., Rossi E., Rossi S. Hypnotic realities. — New York, 1976.
- Everly G. S., Rosenfeld R. The nature and treatment of the stress response. — New York; London: Plenum Press, 1981.
- Farberow N. L. et al. Techniques of crisis intervention. A training manual. — Los Angeles, 1968.
- Foulkes S. H. Some basic concept in group psychotherapy. — In: International handbook of group psychotherapy. — London, 1966.
- Frank J. D. Persuasion and healing. — Baltimore: John Hopkins University Press, 1973.
- Frankl V. E. Arztliche Seelsorge. — Wien: F. Deuticke, 1966.
- Freud A. Introduction to the mechanisms of defence. — London: Hogarth Press, 1936.
- Freud S. The major works of Sigmund Freud. — Chicago-London-Toronto, 1952 [Great books of the Western world / Encyclopedia Britannica Inc.; vol. 54].
- Fromm E. Escape from Freedom. — New York, 1941.
- Fromm E. The anatomy of human destructiveness. — New York, 1973.
- Fromm-Reichmann F. Principles of intensive psychotherapy. — Chicago: University Press, 1950.
- Fuchs M. Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung uber den rhythmisierten Atem, mit einer medizinischen Einfuhrung von prof. Eckart Wiesenhutter. — Stuttgart: Hippokrates Verlag, 1984.
- Gardner J. M. Training the trainers / Eds. R. D. Rubin: Advances in behavior modification. — New York; London, p. 145-148.
- Garner H. H. Psychotherapy: confrontation problem-solving techniques. — St. Louis: Green, 1970.
- Gendlin E.T. Focusing. Technik der Selbsthiife bei der Lusung persunlicher Probleme. — Salzburg: Otto Muller, 1981.
- Grill M. Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. — J. Am. Psychoanal. Ass., 1954, N. 2, p. 771-797.
- Glasser W. Mental health or mental illness. — New York: Harper and Row, 1961.
- Goldstein A. Structured learning therapy. — New York, 1973.
- Grawe K., Donati R., Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. — Gottingen: Hogrefe, Verlag fur Psychologie, 1994.
- Grinder J., Bandler R. The structure of magic. — Science and behavior books Inc., Palo Alto, Calif., vol. I 1975, vol. II 1976.
- Grundbegriffe der Psychotherapie / Hrsg. von R. Bastine, P. A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen, G. Sommer. — Weinheim; Deerfield Beach, Florida; Basel: Verlag GmbH, 1982.
- Gurman A.S., Rasin A.M. Effective psychotherapy. A Handbook of research. — New York: 1977.
- Handbook of innovative psychotherapies / Ed. by R. Corsini. — New York: John Wiley, 1981, p. 133-152.
- Handbook of Psychotherapy and behavior change / Ed. S. Garfield, A. Bergin. — New York, 1978.
- Havens I. Making contact. — Cambridge: MA Harvard University Press, 1986.
- Heigl-Ewers A. Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie. — Gottingen, 1972.
- Heim E. Coping und Adaptivitat: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes coping? — Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. — Januar, 1988, H. 1, s. 8-17.
- Helm J. Gesprächspsychotherapie. — Berlin: VEB Dtsch. Verl. Wissenschaften, 1978.
- Hock K. Konzeption der intendierten dynamischen Gruppenpsychotherapie / Hrsg. K. Hock, J. Ott, M. Vorwerg: Theoretische Probleme der Gruppenpsychotherapie. — Leipzig: J. A. Barth, 1981.
- Hock K., Konig W. Neurosenlehre und Psychotherapie. — Jena, 1979.
- Horney K. The neurotic personality of our time. — New York, 1937.
- Horney K. Our inner conflicts. A constructive theory of neurosis. — New York: Norton, 1966.
- Horsley R. Narcoanalysis. — London, 1943.
- Hull C. L. A behavior system. — New York: Yale UP, 1952.
- Jackins H. Start over every morning. — Seattle: Rational Island Publishers, 1989.
- Jacobson E. Progressive relaxation. — Chicago, 1929.
- Janow A. The Primal scream. Primal theory: The cure for neuroses. — New York: Dell, 1970.
- Jourard S.M. A study of self — disclosure — scientific America, 1958, p. 77-82.



- Jung C. G. Die Beziehungen der Psychotherapie zur Seelsorge. — Zurich, 1948.
- Junova H. Psychogymnastika. — Disertacni prace. — Praha: Filozoficka fakulta UK, 1964.
- Kanfer F. N., Goldstein A. P. / Eds. Helping people change. A textbook of methods. — New York: Pergamon Press, 1975.
- Kanfer F. N. Selbst-regulierung und Selbst-kontrolle. In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts: Pavlov und die Folgen. Band IV. — Munchen: Kindler, 1977, s. 793-827.
- Karasu T. B. Psychotherapies: An Overview. — Am. J. Psychiatry, 1977, vol. 134, N.8, p. 851-863.
- Karasu T. B. General principles of psychotherapy. In: Specialised techniques in individual psychotherapy. — New York, 1980, p. 33-44.
- Karasu T. B. The ethics of psychotherapy. — Am. J. Psychiatry, 1980, N. 12, p. 1502-1512.
- Karpman B. Objective psychotherapy. — Clin. Psychol., 1949, N. 5, 189-342.
- Karvasarskii B. D. Psychotherapy. — Soviet neurology a. psychiatry. 1988—1989 / Vol. XXI, N. 4. — New York: M. E. Sharpe, 1989, p. 6-85.
- Katzenstein A. Psychotherapie. Wege zur Veranderung von Einstellung und Verhalten. — Berlin: Akademie-Verlag, 1980.
- Kelly G. Fixed role therapy /Ed. M. Jurjevich. Direct psychotherapy. — Miami: Ratiber — Ray, 1973.
- Kernberg O.F. Internal world and external reality-object relations theory applied. — New York; London, 1980.
- Klein M. Contributions to psychoanalysis. — London: Hogarth Press, 1948.
- Klerman G. L., Weissman M. M., Rounsaville B. J. Interpersonal psychotherapy of depression. — New York: Basic Books, 1984.
- Klumbies G. Psychotherapie in der Inneren und Allgemeinmedizin. — Leipzig: S. Hizzel Verlag, 1974.
- Knobloch F., Knoblochova J. Integrovana psychoterapie. — Praha: Grada Avicenum, 1993.
- Kohler Chr. Kommunikative Psychotherapie. — Jena, 1968.
- Kondas O. Discentna psychoterapia. — Bratislava: Vyd. Slov. akademie vied, 1973.
- Kratochvil S. Psychoterapie. — Praha: Avicenum, 1987.
- Kratochvil S. Klinicka hypniza. — Praha: Avicenum, 1990.
- Kratochvil S. Skupinova psychoterapie v praxi. — Praha: Galen, 1995.
- Kretschmer E. Psychotherapeutische Studien. — Stuttgart, 1948.
- Kretschmer W. Selbsterkenntnis und Willensbildung im arztlichen Raume. — Stuttgart: Thieme, 1958.
- Kretschmer W. Protreptik. In: Frankl V. E., Gebattel V. E., Schultz J. H.: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Vol. IV. Munchen: Urban und Schwarzenberg, 1960.
- Lauterbach W. Psychotherapie in der Sowjetunion. — Munchen — Wien — Baltimore, 1978.
- Lazarus A. Behavior therapy and beyond. — New York: McGraw Hill, 1971.
- Lazarus A. A. Multimodal behavior therapy. — New York: Springer, 1976.
- Lazarus R. S. Psychological stress and the coping process. — New York: McGraw Hill, 1966.
- Leuner H. Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis. — Bern: Huber, 1980.
- Lewin K. A Dynamic theory of personality. — New York: McGraw Hill, 1935.
- Lewinsohn P.M. Activity schedules in treatment of depression / Eds. J. D. Krumboltz, Counseling methods. — New York: Holt, 1976.
- Lieberman M. A., Yalom I. D., Miles M. B. Encounter groups: first facts. — New York: Basic Books, 1973.
- Lonergan E. C. Group intervention. — New York: Jason Aronson, 1982.
- Lowen A. Bioenergetik. — Munchen: Scherz, 1976.
- Luban-Plozza B., Poldinger W. Psychosomatic disorders in general practice. — Basel, 1975.
- Mahoney M. J. Cognition and behavior modification. — Cambridge, Mass: Ballinger Publishing Comp., 1974.
- Malan D. H. Psychoanalytische Kurztherapie. — Bern: Huber, 1965.
- Malan D. H. The frontier of brief psychotherapy. An example of the convergence of research and clinical practice. — New York: Plenum, 1976.
- Maltz M. Psycho-cybernetics. — New York: Pocket books, 1973.
- Masserman J. H. The practice of dynamic psychiatry. — Philadelphia: W. B. Saunders, 1955.

- Maurer I. Körperzentrierte Psychotherapie. — Stuttgart: Verlag Hypokrates, 1986.
- Meichenbaum D. Cognitive behavior modification, an integrative approach. — New York, 1977.
- Meichenbaum D. Methoden der Selbstinstruktion / Hrsg. F. N. Kanfer, A. P. Goldstein: Möglichkeiten der Verhaltenänderung. — München, 1977.
- Meichenbaum D. Stress inoculation training. — New York: Pergamon, 1985.
- Meichenbaum D. Intervention bei Stress-Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings. — Bern: Huber, 1991.
- Meyer A. Psychobiology: A science of man. — Springfield: Charles C. Thomas, 1957.
- Middendorf I. Der Erfahrbare Atem — Eine Atemlehre. — Paderborn, 1984.
- Minuchin S. Family and family therapy. — Lambertus, Freiburg, 1983.
- Mintz E. Marathon groups: reality and symbol. — New York: Appleton-Century-Crofts, 1971.
- Moreno J. Group method and group psychotherapy. — New York, 1932.
- Moreno J. L. Psychotherapie de groupe. — Paris, 1965.
- Murray M. E. A dynamic synthesis of analytic and behavioral approaches to symptoms. — Am. J. of Psychotherapy, vol. 30, N. 4, 1976, p. 561-568.
- Müller-Hegemann D. Psychotherapie. — Berlin, 1961.
- Nichols M. Family therapy. Concepts and methods. — New York; London: Gardner Press inc., 1984.
- Osborn A. (Ed.) The teachings of Ramana Maharishi. — New York: Samuel Weiser, 1962.
- Perls F., Hefferline R., Goodman P. Gestalt therapy. — New York: Julian Press, 1951.
- Perls F. Gestalt therapy verbatim. — Real People Press. Lafayette, Calif., 1969.
- Perrez M., Law I., Berger R., Wilhelm P. A new approach to analysing social regulation of emotion in couples and families. — Fribourg / Schweiz: Psychologisches Institut der Universität Fribourg, N. 127, 1997.
- Perrez M., Reicherts M. Belastungsverarbeitung: Computerunterstützte selbstbeobachtung im Feld. — Zeitschrift für Diff. und Diagnostische Psychologie, 2, 1989, p. 129-139.
- Peseschkian N. Positive Psychotherapy. — S. Fisher Verlag, 1978.
- Phillips E. L. Counseling and psychotherapy: a behavioral approach. — New York: J. Wiley, 1977.
- Ploeger A. Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. — Stuttgart: G. Thieme, 1972.
- Psychotherapia grupowa. Pod red. Stefana Ledera i Borysa D. Karwasarskiego. — Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1983.
- Psychotherapie: Handbuch / Hrsg. von W. Toman u. R. Egg. — Stuttgart; Berlin; Köln; Mainz: Verlag W. Kohlhammer, 1985.
- Psychotherapie in der Medizin / Hrsg. E. Braher, M. Geyer, M. M. Kabanow. — Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH, 1991.
- Rado S. Psychoanalysis of behavior. — New York: Grune and Stratton, 1956.
- Rank O. Will therapy and truth and reality. — New York, 1945.
- Reich W. The Function of the orgasm. Sex-economic problems of biological energy. — New York, 1964.
- Reich W. Character analysis. — New York: Noonday Press, 1949.
- Reicherts M., Perrez M. Adequate coping behavior: The behavior rules approach / Eds. M. Perrez, M. Reicherts: Stress, Coping and Health. — Seattle: Hogrefe and Huber Publishers, p. 161-182.
- Reinecker H. Selbstkontrolle. Verhaltenstheoretische und kognitive Grundlagen, Techniken und Therapie-methoden. — Salzburg: Otto Müller, 1978.
- Reynolds D. Naikan-Therapie / Ed. R. J. Corsini: Handbuch der Psychotherapie. — München: Psychologie-Verlags Union, 1987, s. 769-781.
- Rogers C. R. Client-centered therapy. — Boston: Houghton, 1951.
- Rogers C. A theory of therapy personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework / Ed. S. Koch: Psychology: A study of a science, vol. 3, 1959.
- Rogers C. The process of the basic encounter group / Eds. R. Cathcart: Small group communication. — New York, 1972.
- Rolf I. Structural integration: counterpart of psychological integration / Ed. P. Olsen: Emotional flooding. — New York: Human Sciences Press, 1976.

- Rosen J. Psychotherapie der Psychosen. — Stuttgart, 1962.
- Ryle A. Psychotherapie: a cognitive integration of theory and practice. — London: Academic Press, 1982.
- Sahakian W. S. Psychotherapy and counseling. — Chicago: Rand McNally, 1976.
- Salter A. Conditioned reflex therapy. — New York: Capricorn, 1949.
- Sartre J.-P. Being and nothingness. — New York, 1965.
- Schipkowensky N. Die iatrogenen Verhältnisse der Psychoanalyse. — Cs. psychiat., 67, 1971, 346-351.
- Schultz J. H. Das autogene Training. 14 Aufl. — Stuttgart, 1973.
- Schwabe Ch. Musiktherapie bei Neurosen und funktionellen Störungen. — Jena: G. Fischer, 1969.
- Shorr J. E. Psychotherapy through I-magery. — Stuttgart: New York: Thieme-Stratton Inc., 1983.
- Sifneos P. E. Short-term dynamic psychotherapy, evaluation and technique. — New York: Plenum, 1979.
- Skinner B. F. Science and human behavior. — New York, 1953.
- Slavson S. R. A Textbook in analytic group psychotherapy. — New York: Internat. Universities Press, 1964.
- Slavson S. R. Die Arten der Gruppenpsychotherapie und ihre klinische Anwendung. In: Psychoanalytische Therapie in Gruppen. — Stuttgart, 1971, s. 75.
- Stampfl T. G., Levis D. J. Implosive therapy: Theory and technique. — Morristown, New York: General Learning Press, 1973.
- Stokvis B. Psychosomatik / Hrsg. Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. V. E. Frankl, V. E. Gebattel, J. H. Schultz. — München; Berlin, 1959, Bd. 3.
- Suggestion und Hypnose in der psychotherapeutischen Praxis / Hrsg. von A. Katzenstein. — Jena: VEB G. Fischer Verlag, 1978.
- Stone L. The psychoanalytic situation and transference: postscript an earlier communication. — J. of the Am. Psychoanal. Ass., N. 15, 1967, p. 3-58.
- Sullivan H. S. The interpersonal theory of psychiatry. — New York, 1953.
- Stekel W. Neuros Angstzustände und ihre Behandlung. — Berlin: Wien, 1921.
- Strotzka H. Psychotherapie und soziale Sicherheit. — München, 1969.
- Strupp H. H. Psychoanalysis, «Focal psychotherapy», and the nature of the therapeutic influence. — Arch. Gen. Psychiatry, 1975, 32, 1, p. 127-135.
- Szalita A. B. The use and misuse of empathy in psychoanalysis and psychotherapy. — Psychoterapia. — Krakow, 1981, N. 38, s. 15-26.
- Tausch R. Gesprächstherapie. — Göttingen, 1973.
- Thoma H., Kachele H. Psychoanalytic Practice. Band 1 Principles, 1985. Band 2 Clinical Studies. — Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag, 1988.
- Thorne F. C. Principles of directive counseling and psychotherapy. — Am. Psychol., 1948, N. 3, p. 160-165.
- Tryon G.S. A review and critique of thought stopping research. — J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry, 1979, N. 10, p. 189-192.
- Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden / Hrsg. von Dt. Ges. für Verhaltenstherapie. — Tübingen: DGVT, 1986.
- Vassiliou G. On the synallactic aspects of the grouping process / Eds. L. R. Wolberg, M. L. Aronson: Group therapy 1974: an overview. — New York: Stratton Intercontinental, 1974, p. 158-174.
- Volgyesi F. A. Über Anti-komplexe. Psychotherapie und die Bewegung «Schule der Kranken». — Berlin, 1959.
- Walen S. R., DiGiuseppe R., Dryden W. A practitioner's guide to rational-emotive therapy. — New York: Oxford University Press, 1992.
- Weiner M. F. Self-exposure by the therapist as therapeutic technique. — Amer. J. of Psychotherapy, vol. 26, N. 1, 1972, p. 42-51.
- Whitaker C. A. Co-therapy of chronic schizophrenia /Ed. M. Berger: Beyond the double bind: Communication and family systems, theories and technique with Schizophrenics. — New York: Brunner / Mazel, 1978, p. 155-175.

- Wolf A., Schwartz E. K. Psychoanalysis in groups / Eds. H. I. Kaplan, B. J. Sadock. Comprehensive group psychotherapy. — Baltimore: Williams and Wilkins, 1971.
- Wolberg A. The borderline patient. — New York: Stratton Intercontinental, 1973.
- Wolberg L. The techniques of psychotherapy. — New York: Grune and Stratton, 1988.
- Wolpe J. The practice of behavior therapy. — New York: Pergamon Press, 1973.
- Wolpe J. Behavior therapy for psychosomatic disorders. — Psychosomatics, 1980, vol. 21, N. 5, p. 379-385.
- Yalom I. D. Gruppenpsychotherapie. Grundlagen und Methoden. Handbuch. — Munchen: Kindler Verlag GmbH, 1974.
- Yalom I. D. The theory and practice of group psychotherapy. — New York: Basic Books, 1985.
- Young H. A rational counseling primer. — New York: Institute for advanced studies in rational psychotherapy, 1974.
- Zielke M. (Hrsg.) Supervision der therapeutischen Praxis. — Stuttgart, 1982.

### **Именной указатель**

Абабков В. А.  
Абаев Н. В.  
Авербух Е. С.  
Агишева Н. К.  
Аксенова И. О.  
Александров А. А.  
Александрова Н. В.  
Александровский Ю. А.  
Алексеев А. В.  
Алиев Х. М.  
Амбрумова А. Г.  
Ананьев Б. Г.  
Ананьев В. А.  
Андрух Г. П.  
Анохин П. К.  
Артемчук Н. Л.  
Асатиани М. М.  
Асатиани Н. М.  
Атанасов Ат.  
Бабин С. М.  
Баженов Н. Н.  
Байбаков Д. М.  
Бакирова Г. Х.  
Бакулев А. Н.  
Балинский И. М.  
Балунов О. А.  
Бараш Б. А.  
Баскаков В.  
Басов М. Я.  
Бассин Ф. В.  
Безюк Н. Г.  
Белкин А. И.  
Беляев Г. С.  
Берг С. М.  
Бердяев Н. А.

Березанская Н. А.  
Бернштейн Н. А.  
Бершадский Д. А.  
Бехтерев В. М.  
Биктимиров Т. З.  
Бирман Б. Н.  
Бирштейн И. А.  
Бирюков Б. В.  
Бобкова В. В.  
Богомолова Н. Н.  
Бодалев А. А.  
Бокий И. В.  
Бортник Т. Л.  
Боткин С. П.  
Боткин А. Я.  
Бреслов Г. М.  
Брусиловский Л. С.  
Буль П. И.  
Бурковский Г. В.  
Бурно М. Е.  
Буртянский Д. Л.  
Буянов М. И.  
Быков К. М.  
Быков С. И.  
Варнава (Беляев)  
Варшавский К. М.  
Варшаловская Е. Б.  
Васильев В. Н.  
Васильченко Г. С.  
Вассерман Л. И.  
Введенский Н. Е.  
Вельвовский И. З.  
Венгеровский Д. Я.  
Вид В. Д.  
Винокуров Б. Л.  
Виш И. М.  
Вовин Р. Я.  
Вовк А. И.  
Воловик В. М.  
Вольперт И. Е.  
Воробейчик Я. Н.  
Вульф М. В.  
Выготский Л. С.  
Вырубов Н. А.  
Вяземский И. В.  
Гаврилюк Ю. Н.  
Галич А. И.  
Гальперин П. Я.  
Ганнушкин П. Б.  
Гарбузов В. И.  
Гаренкова Н. И.  
Герасименко В. Н.

Геренштейн Г. Б.  
Герцен А. И.  
Гильман В. М.  
Гиляровский В. А.  
Гиндикин В. Я.  
Гиссен Л. Д.  
Гнездилов А. В.  
Голубев В. Л.  
Голынкина Е. А.  
Гончарская Т. В.  
Горелик Б. М.  
Горелов И. Н.  
Горидзе А. Ф.  
Григорьев Г. И.  
Григорьевских В. С.  
Гриненко А. Я.  
Гройсман А. Л.  
Громов С. А.  
Губачев Ю. М.  
Гузилов Б. М.  
Гуревич Г. М.  
Гуревич С. А.  
Гурьева В. А.  
Гусов А. Л.  
Давиденков С. Н.  
Данилевский В. Я.  
Данилов Ю. М.  
Дворкин Э. М.  
Дейнега Г. Ф.  
Демиденко Т. Д.  
Джидарьян И. А.  
Дмитриева Т. Б.  
Днепровская С. В.  
Добридень В. П.  
Довженко А. Р.  
Донской Д. И.  
Дубинин Н. П.  
Дубровский К. М.  
Дядьковский И. Е.  
Емельянов Ю. Н.  
Ересько Д. Б.  
Ериш М. И.  
Ермаков И. Д.  
Ершов С. А.  
Ерышев О. Ф.  
Железняк Л. С.  
Жинкин Н. И.  
Завилянская Л. И.  
Завьялов В. Ю.  
Заимов К.  
Зайцев В. П.  
Закусов В. В.

Залкинд А. Б.  
Зарин С. М.  
Захаров А. И.  
Захарьин Г. А.  
Зачепицкий Р. А.  
Зейгарник Б. В.  
Зеленский В. В.  
Зеневич Г. В.  
Зобнев В. М.  
Зыбелин С. Г.  
Иванов А. М.  
Иванов В. В.  
Иванов Н. В.  
Иовлев Б. В.  
Исаак Сирин  
Исаев Д. Н.  
Исакова С. И.  
Исурина Г. Л.  
Иткин М. Г.  
Кабанов М. М.  
Каган В. Е.  
Кайдановская Е. В.  
Казаковцев Б. А. .  
Каннабих Ю. В.  
Канторович Н. В.  
Картамышев А. И.  
Карандашева Э. А.  
Карвасарская И. Б.  
Карвасарский Б. Д.  
Карпов П. И.  
Карпова Э. Б.  
Касаткин В. Н.  
Каубиш В. К.  
Кашпировский А. М.  
Каштанова Т. Р.  
Киприан (Керн)  
Киселев В. А.  
Ковалев А. Г.  
Ковалев В. В.  
Ковалев С. В.  
Козина Н. В.  
Колосов В. П.  
Кондинский А. Г.  
Кондрашенко В. Т.  
Конончук Н. В.  
Консторум С. И.  
Конюхова Е. Н.  
Копылова И. А.  
Коркина М. В.  
Корсаков С. С.  
Костерева В. Я.  
Котяева Т. В.

Коцюбинский А. П.  
Кочарян А. С.  
Кочарян Г. С.  
Кремлева О. В.  
Креславский Е. С.  
Крестников Н.  
Криничанский А. В.  
Кришталь В. В.  
Кроль Л. М.  
Крупницкий Е. М.  
Крылова Г. С.  
Кубасов В. А.  
Кузнецов О. Н.  
Кузнецов Ю. В.  
Кулаков С. А.  
Куликов А. И.  
Куликов В. Н.  
Куликов П. Г.  
Кульгавин Л. М.  
Куприянов С. Ю.  
Курпатов В. И.  
Кылов А. В.  
Лазурский А. Ф.  
Лакосина Н. Д.  
Лапин И. П.  
Лебединский В. В.  
Лебединский М. С.  
Лежбекова Л. Н.  
Лейбин В. М.  
Леонтьев А. Н.  
Лещенко А. Г.  
Либих С. С.  
Лившиц С. Я.  
Липгарт Н. К.  
Лисина М. И.  
Литвак М. Е.  
Личко А. Е.  
Лобзин В. С.  
Лозанов Г.  
Лозовой В. В.  
Ломов Б. Ф.  
Лурия А. Р.  
Лычагина Л. И.  
Мазо Р. Е.  
Макаренко А. С.  
Макаров В. В.  
Малкова Л. Д.  
Маляревский И. В.  
Мамардашвили М. К.  
Манасеин В. А.  
Марцинкевич Н. Е.  
Мастбаум А. И.



Мацанов А. К.  
Медведев В. А.  
Медведева И. Я.  
Меерсон Ф. З.  
Мейроян А. А.  
Мелик-Парсаданов М. В.  
Менделевич В. Д.  
Мержеевский И. П.  
Миллер А. М.  
Минутко В. Л.  
Мировский К. И.  
Миссуловин Л. Я.  
Михайлова Е. Л.  
Михайлова Н. А.  
Мишина Т. М.  
Модников О. П.  
Мудров М. Я.  
Мурзенко В. А.  
Мухамедзиянова Д. А.  
Мушер Г. Я.  
Мышляев С. Ю.  
Мягер В. К.  
Мягков И. Ф.  
Мясищев В. Н.  
Мясников А. Л.  
Назыров Р. К.  
Некрасова Ю. Б.  
Немчин Т. А.  
Николаев А. П.  
Николаева В. В.  
Новиков Н. И.  
Носов Н.  
Озерецковский Д. С.  
Осипов Н. Е.  
Павлов И. П.  
Панов А. Г.  
Панько Т. В.  
Перельмутер М. М.  
Петленко В. П.  
Петровская Л. А.  
Платонов К. И.  
Платонов К. К.  
Поворинский Ю. А.  
Подсадный С. А.  
Подъяпольский П. П.  
Позов А.  
Поклитар Е. А.  
Полторак С. В.  
Поплавский А. К.  
Попов Ю. В.  
Простомолотов В. Ф.  
Пятницкая И. Н.

Радищев А. Н.  
Райков В. Л.  
Райский В. А.  
Рахманов В. М.  
Решетников М. М.  
Решетняк Ю. А.  
Рожнов В. Е.  
Розенталь Т. К.  
Романюк В. Я.  
Ромен А. С.  
Рохлин Л. Л.  
Рубинштейн С. Л.  
Рыбакова Т. Г.  
Рыбальский М. И.  
Сабина-Коробочкина Т. Т.  
Садов О. Г.  
Самохина Т. В.  
Свядош А. М.  
Семичов С. Б.  
Семке В. Я.  
Сербский В. П.  
Сергеева Л. С.  
Сеченов И. М.  
Сикорский И. А.  
Скворцов И. А.  
Скроцкий Ю. А.  
Слободяник А. П.  
Слуцкий А. С.  
Случевский И. Ф.  
Собчик Е. Ю.  
Соложенкин В. В.  
Софроний (Сахаров)  
Спиваковская А. С.  
Стабровский Е. М.  
Столин В. В.  
Страумит А. Я.  
Сухарева Г. Е.  
Танцюра М. Д.  
Тарханов И. Р.  
Ташлыков В. А.  
Телешевская М. Э.  
Тибилова А. У.  
Тихомиров О. К.  
Токарский А. А.  
Торчинов Е. А.  
Трегубов И. Б.  
Тукаев Р. Д.  
Тупицын Ю. Я.  
Узунов Г.  
Ульянов И. Г.  
Ухтомский А. А.  
Ушаков Г. К.

Федоров А. П.  
Федосов Е. Б.  
Фельдштейн Д. И.  
Феофан (Говоров)  
Филатов А. Т.  
Филиппов В. Л.  
Флоренская Т. А.  
Флоренский П.  
Фрикен А. А.  
Хайкин Р. Б.  
Хвиливицкий Т. Я.  
Холмогорова А. Б.  
Хоружий С. С.  
Цыцарев С. В.  
Чаева С. И.  
Черепанова И. Ю.  
Черкасов С. М.  
Чеснокова И. И.  
Чехлатый Е. И.  
Чолаков К.  
Чугунов В. С.  
Чулкова В. А.  
Чумак А. В.  
Чуркин А. А.  
Шевченко Ю. С.  
Шерешевский А. М.  
Шерозия А. Е.  
Шестов Л. И.  
Шишова Т. Л.  
Шкловский В. М.  
Шмидт В. М.  
Шнуренко Т. В.  
Шогам А. Н.  
Шогам И. И.  
Шпильрейн С. Н.  
Штыпель А. М.  
Шукуров Ш.  
Шхвацабая И. К.  
Щеголев А. А.  
Эйдемиллер Э. Г.  
Эльконин Д. Б.  
Эскузян Ф. Ф.  
Эткинд А. М.  
Юрданов В. С.  
Яковлева Е. К.  
Якубзон А. М.  
Якубов Б. А.  
Ялов А. М.  
Ялтонский В. М.  
Яроцкий А. И.  
Ярошевский М. Г.  
Яцков Л. П.

Abraham K.  
Achte K.  
Ackermann F.  
Adler A.  
Aholá T.  
Aleksandrowicz J. W.  
Alexander F. G.  
Alexander F. M.  
Alekseicik A. E.  
Allen F.  
Allen M.  
Allport F. H.  
Amirchan J. H.  
Ammon G.  
Anastasi A.  
Andolfi M.  
Arendsen-Hein G. W.  
Argelander H.  
Aries Ph.  
Arlow J. A.  
Assagioli R.  
Atkenson B. M.  
Austin J. L.  
Axline W.  
Ayllon T.  
Azrin N. H.  
Bach G.  
Bach O.  
Bachanan P.  
Bahnson C. B.  
Balint M.  
Bally G.  
Bandler R.  
Bandura A.  
Barker Ph.  
Bastine R.  
Bateson G.  
Baudouin Ch.  
Baumann U.  
Bayrakal S.  
Beavin J. H.  
Beck A. T.  
Becker A. M.  
Beers M.  
Beitman B. D.  
Bellack A. S.  
Bell N. W.  
Benedetti G.  
Bennis W.  
Bergmann G.  
Berg I. K.  
Bergin A. E.

Berne E.  
Bernheim H.  
Bettelheim B.  
Beutler L. E.  
Bibring E.  
Binswanger L.  
Bion W. R.  
Bischoff L. J.  
Blaser A.  
Bleuler E.  
Bloschl L. O.  
Boadella D.  
Boettcher H.  
Boeyesen G.  
Boker W.  
Bommert H.  
Boss M.  
Bouchal M.  
Braid J.  
Brandsma D.  
Brenner Ch.  
Breuer J.  
Breuninger H.  
Bridgmen P. U.  
Brody M.  
Brooks C. V. W.  
Browning T.  
Brunnell L. F.  
Buehler Ch.  
Bullitt W.  
Bunge M.  
Burnham G.  
Burrow T.  
Burdon Ch.  
Buytendijk F. J.  
Calehr H.  
Campbell J.  
Camus A.  
Cannon W. B.  
Caplan G.  
Capra F.  
Cardiner A.  
Cautela J. R.  
Charcot J. M.  
Chase M.  
Chertok L.  
Chomsky N.  
Citrenbaum Ch. M.  
Clauss G.  
Clemmens-Lodde B.  
Cohen A. M.  
Cohen M.

Cohn R.  
Conte H.  
Corsini R. J.  
Cotton G.  
Coue E.  
Curtis H. C.  
D'Zurilla T. J.  
Dabrowski S.  
Dalcroze E.  
De M'Uzan G.  
De Shazer S.  
Dejerine J.  
Delfino-Beighley C.  
Deutsch F.  
Deutsch H.  
Deutsch P.  
Devanloo H.  
Devereux G.  
Dollard J. A.  
Dorothy H. G.  
Dorsch F.  
Dubois P.  
Duhrrssen A.  
Dunbar F.  
Dunlap K.  
Durckheim K. G.  
Durlak J. A.  
Eddy W.  
Eissler K.  
Ellis A.  
English F.  
English O. S.  
Enke H.  
Enneis J. M.  
Epston D.  
Erickson M. H.  
Erikson E.  
Everly G. S.  
Eysenck H. J.  
Faidiman J.  
Fairbairn R. D.  
Fairweather G. W.  
Farberow N. L.  
Farelli F.  
Faria  
Federn P.  
Feifel H.  
Feldenkrais M.  
Fenichel O.  
Fensterheim H.  
Ferenczi S.  
Ferreira A. J.

Fezler W.  
Fiorini H. J.  
Fisher D.  
Fishman H. C.  
Flammer A.  
Flannery J.  
Flechtsig P.  
Folcman S.  
Foley I. P.  
Forel A.  
Forhand R.  
Foulkes S. H.  
Frager R.  
Frank J. D.  
Frank L.  
Frankl V. E.  
Franklin P. F.  
Franks C. M.  
Freidenberg H. G.  
French T. M.  
Freud A.  
Freud S.  
Friedman V.  
Frohburg I.  
Fromm E.  
Fromm-Reichmann F.  
Fuchs M.  
Furman B.  
Galanter E.  
Galinska E.  
Gantrip H.  
Gardner J. M.  
Garfield S. L.  
Garner H. H.  
Gendlin E. T.  
Geyer M.  
Gibb J. R.  
Gill M.  
Gilligan S. G.  
Gindler E.  
Glasser W.  
Goldfried M. R.  
Goldstein A. P.  
Goldstein K.  
Goulding M. M.  
Goulding R. L.  
Gordon D.  
Grawe K.  
Graziano A. M.  
Greaves C.  
Greenson R. R.  
Greenwald H.

Grimm L. G.  
Grinder J.  
Grinker R. R.  
Groddeck G. W.  
Grof S.  
Grzegolowska H.  
Gunderson G.  
Gunther B.  
Gyo Sheng-Chang  
Hafner H.  
HagenW.  
Haken H.  
Hales R. E.  
Haley J.  
Halliday J.  
Harris T.  
Hartmann H.  
Hausner M.  
Hautzinger M.  
Havens I.  
Heidegger M.  
Heigl F. S.  
Heigl-Evers A.  
Heim E.  
Heinroth J.  
Helm J.  
Herzog L.  
Hewer W.  
Hidas G.  
Hine F.  
Hippius-Durckgeim M.  
Hock K.  
Hodel B.  
Hoffer A.  
Hoffman N.  
Homme L.  
Horney K.  
Horsley J. S.  
Houston J.  
Howard K. I.  
Hull C. L.  
Hulse W. C.  
Husserl E.  
Iljine V.  
Imielicki K.  
Izard C. E.  
Jackins H.  
Jackson D. D.  
Jacobson E.  
Jaeggi E.  
Janet P.  
Janov A.



Jaspers K.  
Jelliffe S. E.  
Jilek W. G.  
Jilek-Aall L.  
Johnson V. E.  
Jones E.  
Jones M.  
Jourard S. M.  
Jung C. G.  
Junova H.  
Justickis V. V.  
Kachele H.  
Kallinke D.  
Kamper D.  
Kanfer F. H.  
Kaplan H.  
Karasu T. B.  
Karpman B.  
Kassinove G.  
Katzenstein A.  
Kawai H.  
Kellerman H.  
Kelley Ch.  
Kelly G. A.  
Kendall P. C.  
Kernberg O. F.  
Kielholz P.  
Kierkegaard S.  
King M. E.  
Klein M.  
Kleinsorge H.  
Kleist K.  
Klerman G. L.  
Klumbies G.  
Knobel M.  
Kociunas R.  
Kocova Z.  
Kohler Ch.  
Kohler W.  
Kohut H.  
Kommer D.  
Kondas O.  
Kondo A.  
Konecny R.  
Konig W.  
Kraepelin E.  
Krafft-Ebing R.  
Krasner L.  
Kratochvil S.  
Kretschmer E.  
Kretschmer W.  
Kris E.

Kroger W. S.  
Kronfeld A.  
Kubie S.  
Kuhn R.  
Kunzel R.  
Kurtis H. C.  
Laban R.  
Lacan J.  
Lambert M. J.  
Lambert W. W.  
Landgarten H.  
Lankton C.  
Lankton S.  
Laplanch J.  
Laurinaitis E.  
Lauterbach W.  
Lazar S. G.  
Lazarus A. A.  
Lazarus R. S.  
Leder S.  
Lehr U.  
Lemgruber V. B.  
Leonard J.  
Leonhard K.  
Leuner H.  
Leutz G. A.  
Levi-Strauss C.  
Levy D.  
Lewin K.  
Lewinsohn P. M.  
Lewis B. A.  
Lewis N. D. S.  
Liebault A. A.  
Lieberman M. A.  
Limentani A.  
Lindemann E.  
Lindner R. M.  
Linsenhoff A.  
Lion J.  
Lipps T.  
Livingood F.  
Loch W.  
Loewald H. W.  
Loewenstein R.  
Lonergan E. C.  
Lowen A.  
Lowenfeld I.  
Lower R. B.  
Luban-Plozza B.  
Lubin B.  
Luborsky L.  
Lumsden M.

Luthe W.  
Lyll W.  
Madanes C.  
Madejska N.  
Maher E.  
Mahler M. S.  
Mahoney M. J.  
Malan D. H.  
Malone T. P.  
Maltz M.  
Mann J.  
Marcinowski J.  
Marcuse G.  
Margolis B.  
Marmor J.  
Marsel G. O.  
Marsh L. C.  
Martin D. G.  
Maslach S.  
Maslow A. H.  
Masserman J. H.  
Masters R.  
Masters W. H.  
Maurer I.  
May R.  
Mc Gregor H.  
Mead G. H.  
Meday H.  
Meichenbaum D.  
Meneghetti T.  
Menninger K. A.  
Merleay-Ponty M.  
Mesmer F. A.  
Mayer A.  
Middendorf I.  
Miller B.  
Miller G. A.  
Miller N. E.  
Minuchin S.  
Moore M. S.  
Moreau A.  
Moreno J. L.  
Morgenthaler F.  
Morita S.  
Morris L.  
Mowrer O. H.  
Muller-Hegemann D.  
Murphy L.  
Murray M. E.  
Namislowska I.  
Naumburg M.  
Nichols M. P.

Norcross J. C.  
Novaco R. V.  
Nunberg H.  
O'Neil G.  
O'Neil N.  
Olinick S. L.  
Olsen P.  
Oradei D.  
Orlinsky D. E.  
Orr L.  
Palazzoli M. S.  
Parin P.  
Parin-Matthey G.  
Parloff M. B.  
Paul G. L.  
Pedersen P. B.  
Perls F. S.  
Perrez M.  
Peseschkian H.  
Peseschkian N.  
Peterson L.  
Petzold H.  
Pfeiffer W.  
Phillips E. L.  
Piaget J.  
Pierrakos J.  
Plaut F.  
Ploeger A.  
Plutchik R.  
Pollock G. H.  
Pontalis J. B.  
Ponteretto J.  
Porembeski-Grau B.  
Posner Perls L.  
Pratt J.  
Pribram K. H.  
Prigogine I.  
Prinzhorn H.  
Pritz A.  
Pucelik F.  
Quekelberghe C.  
Quigley D.  
Rachman S.  
Racker H.  
Rado S.  
Raknes O.  
Ramsay P. W.  
Rank O.  
Ray S.  
Reich W.  
Reicherts M.  
Reimer Ch.

Reisel J.  
Rhodes R.  
Ribbschlager M.  
Richter H.-E.  
Rimland B.  
Ringer Ch.  
Riviere J.  
Robbins I.  
Roberts C.  
Roberts T. K.  
Robinson H. W.  
Roder V.  
Rodis-Lewis G.  
Rogers C. R.  
Rolf I.  
Rose H. -K.  
Rosen H.  
Rosen J.  
Rosenberg B.  
Rosenfeld R.  
Rossi E. L.  
Rubinfeld I.  
Rudestam K.  
Rush A. J.  
Rycroft C.  
Ryle A.  
Rynick G. M.  
Sachs H.  
Sahakian W. S.  
Sakamoto J.  
Salter A.  
Samuels A.  
Sartre J.-P.  
Satir V.  
Saussure F.  
Savage Ch.  
Schaeuble W.  
Scheerer E.  
Scheflen A.  
Schemer R.  
Schiffer M.  
Schilder P.  
Schindler L.  
Schindler R.  
Schipkowensky N.  
Schmidt H. D.  
Schmidtchen St.  
Scholz M.  
Schubert G.  
Schulte W.  
Schultz J. H.  
Schulz W.

Schultz-Henke H.  
Schutz G.  
Schwabe Ch.  
Searle J. R.  
Segal H.  
Seidel K.  
Selver C.  
Selvini M.  
Selvini-Palazzoli M. S.  
Selye H.  
Shapiro A.  
Shapiro D.  
Shapiro F.  
Shazer S. D.  
Shepard H.  
Shorr J.  
Shorter B.  
Sifneos P. E.  
Simon H.  
Singer B.  
Skinner B. F.  
Skoda C.  
Slavson S. R.  
Smith H.  
Smith R. D.  
Smith Z.  
Sommers F.  
Sonnenberg S. M.  
Speidel H.  
Spiegel J. P.  
Spitz R. A.  
Spotnitz H.  
Stampfl T. G.  
Stekel W.  
Stephanos S.  
Stern E.  
Stokvis B.  
Stolze H.  
Stone L.  
Storch A.  
Strachey J.  
Straus R.  
Strotzka H. H.  
Strupp H. H.  
Sullivan H. S.  
Szewczyk H.  
Szondi L.  
Szpilka J. I.  
Taft D.  
Tarachow S.  
Tausch R.  
Teufelhart H.

Thoma H.  
Thommen M.  
Thorndike E. L.  
Thorne F. C.  
Tillich P.  
Tolman E. C.  
Trenkel A.  
Triandis H. C.  
Tryon G. S.  
Tsytsarev S. V.  
Tuke D. H.  
Ursano R. J.  
Vachon M. L.  
Van Den Berg J. H.  
Varach Ch.  
Vassiliou G.  
Voelker U.  
Vogler P.  
Vogt O.  
Volgyesi F. A.  
Waelder R.  
Walen S.  
Walter R.  
Watson J. B.  
Watzlawick P.  
Wedel B.  
Weiner M. F.  
Weise H.  
Weise K.  
Weissman M. M.  
Weitzenhoffer A. M.  
Wender L.  
Wender P. H.  
Westmeyer H.  
Wetterstrand O.  
Whitaker C. A.  
White M.  
Wilber K.  
Wilson G. T.  
Wiltschko J.  
Winnicott D. W.  
Wise T.  
Wisocki P. A.  
Wittkower E. D.  
Wolberg A.  
Wolberg L.  
Wolf A.  
Wolfe J. L.  
Wolpe J.  
Wood E.  
Wooten S.  
Woronowicz B. T.

Wotruba A.  
Wulf C.  
Wulf E.  
Wygen P.  
Wynne L. C.  
Wysokicka T.  
Yalom I. D.  
Yates A. J.  
Yones M.  
Young H.  
Zeig J. K.  
Zindel Ph.

## **Алфавитный указатель статей**

### **А**

Аверсивная терапия  
Автологокатарсис Атанасова  
Адаптационная психодинамика Радо  
Адлер  
Айзенк  
Активирующий принцип в психотерапии  
Активная аналитическая терапия Штекеля  
Активная групповая психотерапия Славсона  
Активная психотерапия по Иванову  
Активная регуляция тонуса по Стоквису  
Активная техника психоанализа Ференци  
Активное самовнушение по Ромену  
Активно-комплексная психотерапия Вольгеши  
Активные методы подготовки психотерапевтов  
Александрер  
Алхимическая гипнотерапия Кьюгли  
Альтернативная психотерапия  
Амбулаторная психотерапия  
Анализ судьбы  
Аналитическая групповая психотерапия  
Аналитическая психология  
Анозогнозия наркологических больных  
Анонимное обсуждение и психотерапевтическое зеркало по Либиху  
Антропологическая психотерапия  
Аргументативный дискурс в психотерапии  
Аретотерапия Яроцкого  
Арттерапия  
Ассертивный тренинг  
Аудиовизуальные средства в психотерапии  
Аутентичность  
Аутогенная тренировка  
Аутогипноз

### **Б**



Балинт  
Балинтовская группа  
Балинтовское движение  
Бек  
Берн  
Бехтерев  
Биас-тест определения репрезентативных систем  
Библиотерапия  
Бинсвангер  
Биодинамическая концепция Массермана  
Биологическая обратная связь  
Биопсихотерапия по Консторуму  
Биоэнергетика  
Биоэнергетический анализ Лоуэна  
Биполярная терапия  
Бифокальная психотерапия  
Бихевиоризм

## В

Вербализация  
Вербальные и невербальные методы групповой психотерапии  
Верификационная концепция внушения Свядоцца  
Видеообратная связь в психотерапии  
Внушение  
Внушенные лечебные сновидения по Платонову  
Волевая терапия Ранка

## Г

Гештальт-терапия  
Гипнабельность  
Гипноанализ  
Гипнодрама  
Гипноз  
Гипноз-отдых  
Гипнотерапия  
Гипнотическая абреакция  
Глубокая аналитически-диалектическая психотерапия Бирмана  
Голотропная терапия  
Групповая аналитическая психотерапия Фулкса  
Групповая динамика  
Групповая дискуссия  
Групповая психотерапия  
Групповая психотерапия подростков  
Групповая терапия  
Групповое движение  
Групповой психотерапевт  
Группы встреч  
Гуманистический психоанализ  
Гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, опытное) направление в психотерапии

## Д

Дазайнанаализ  
Двигательная терапия  
Двигательная терапия по Колер  
Декапсуляция Чолакова  
Детская психотерапия  
Дзэн-психотерапия  
Динамическая психиатрия по Аммону  
Динамическое направление в психотерапии  
Директивная психотерапия  
Директивная психотерапия по Торну  
Директивное групповое воздействие наяву Дубровского  
Директивное и недирективное поведение психотерапевта  
Дисцентная психотерапия Кондаша  
Долгосрочная психотерапия  
Дублирование  
Дыхательная терапия по Миддендорф

## Ж

Жетонная система

## З

Зависимость от психотерапевта  
Значение позитивного образа человека в эпоху транскультурной психотерапии  
Значение работы медсестер в психотерапии

## И

Игровая психотерапия  
Имагогика  
Имаготерапия  
Императивное внушение наяву на фоне сильного эмоционального напряжения по Шкловскому  
Имплозивная терапия Стампфла  
Индивидуальная психология  
Индивидуальная психотерапия  
Инициальная терапия по Дюркхайму  
Инсайт  
Интегративная психотерапия  
Интегративная терапия по Петцольду  
Интенсивная психотерапия  
Интенсивная психотерапия Фромм-Райхманн  
Интенсивная терапевтическая жизнь по Алексейчику  
Интеракционная психотерапия  
Интердисциплинарный характер психотерапии  
Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейсман  
Интерперсональная психотерапия Салливана  
Интерпретация  
Искусственная репродукция аффективных переживаний по Крестникову

## История психотерапии (краткий очерк)

### Й

Йога

### К

Кабинет психологической разгрузки

Кабинет социально-психологической помощи

Катарсис

Катарсическая психотерапия

Кататимные образные переживания по Лейнеру

Каузальная психотерапия

Кинестетические трансы

Кларификация

Классификация методов психотерапии

Классический психоанализ

Классическое обусловливание

Клиент-центрированная психотерапия

Клинические основы психотерапии

Когнитивная психотерапия

Когнитивная реатрибуция по Беку

Когнитивно-аналитическая психотерапия

Когнитивное научение

Когнитивно-поведенческая психотерапия

Коллективная психотерапия

Коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия Рожнова

Конструктивный спор

Консультирование по переоценке личности

Контрастная психотерапия Завилянской

Контроль дыхания

Контрперенос

Контрпроекция по Хэвенсу

Конфронтационная техника

Конфронтационный метод Гарнера

Конфронтация

Копинг-механизмы (механизмы совладания)

Коррективный эмоциональный опыт

Косвенное внушение

Котерапевт

Краткосрочная позитивная психотерапия

Краткосрочная психодинамическая психотерапия

Краткосрочная психотерапия

Кризисная интервенция

Кризисная психотерапия

### Л

Лабораторный тренинг

Лечение кальциевым ударом по Свядощу

Лингвистический подход в психотерапии

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова

Личностный подход в психотерапии

Логотерапия

М

Марафон

Массовая эмоционально-эстетическая психотерапия алкоголизма Григорьева

Медиаторная (опосредованная) психотерапия Гарднера

Медитация

Месмер

Метаанализ результатов исследования эффективности психотерапии Граве

Метамодель

Метод аффективной контратрибуции Гриненко и Крупицкого при лечении алкоголизма

Метод вербальной мифологизации личности

Метод интегративной психологической терапии больных шизофренией

Метод кристаллизации проблем Макарова

Метод мини-интервенции при злоупотреблении психоактивными веществами

Метод темы ядерных конфликтных отношений Люборски

Методика вызванного гнева

Методика групповой психотерапии и тренингового обучения «Теплые ключи» Эйдемиллера и Вовка

Методика Корсини «за спиной»

Методика «маска»

Методика наводнения

Методика наказания

Методика остановки мыслей

Методика погружения

Методика психотерапевтической перспективы

Методика репродуктивных переживаний Асатиани

Методика рилизинга

Методика самоинструирования

Методика синаллактического коллективного образа Вассилиу

Методика утвердительно-структурированной психотерапии

Методики визуализации

Механизмы групповой динамики по Байону

Механизмы лечебного действия групповой психотерапии

Механизмы лечебного действия семейной психотерапии

Моделирующая психотерапия

Молчание в группе

Морено

Морита-терапия

Мотивация в психотерапии

Мотивированное внушение по Иванову

Музыкальная релаксационная психотерапия по Завьялову

Музыкотерапия

Мультимодальная психотерапия Лазаруса

Мясищев

Н

Найкан-терапия  
Направленная динамическая групповая психотерапия Хёка  
Напряжение в группе  
Наркоанализ (наркосинтез)  
Наркогипноз  
Наркопсихотерапия  
Наркопсихотерапия с помощью газовой смеси закиси азота и кислорода  
Натурпсихотерапия  
Научение  
Научные основы психотерапии  
Негативная терапевтическая реакция  
Негативное воздействие по Денлапу  
Негативные эффекты психотерапии  
Нейролингвистическое программирование  
Неопсихоанализ  
Неопсихоанализ Шульца-Хенке  
Неофрейдизм  
Нервно-мышечная релаксация

## О

Обмен ролями  
Обратная связь  
Обучение в области психотерапии  
Общественные функции психотерапии  
Общие факторы психотерапии  
Объективная психотерапия по Карпману  
Объем работы врача-психотерапевта  
Ограниченная во времени динамическая психотерапия  
Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия Шевченко  
Онтопсихология  
Оперантное обусловливание  
Организация психотерапевтической помощи  
Освобождающая психотерапия Шипковенского  
Осознание  
Отвлекающая психотерапия по Бехтереву  
Открытые и закрытые психотерапевтические группы  
Отрицательное самовнушение по Танцюре  
Отрицательные последствия (осложнения) гипнотерапии  
Оценка эффективности психотерапии

## П

Павлов  
Палсинг  
Парадоксальная интенция Франкла  
Патогенетическая психотерапия Мясищева  
Пенитенциарная психотерапия  
Первая встреча в психоаналитически-ориентированной психотерапии  
Первичная терапия Янова  
Перенос  
Перлс

Персональная наука Махони  
Плацебо-терапия  
Поведенческая психотерапия  
Поведенческий тренинг  
Поддерживающая психотерапия  
Подкрепление  
Позитивная психотерапия по Н. Пезешкиану и Х. Пезешкиану  
Позиция психотерапевта  
Положительное и отрицательное подкрепление  
Понятие прогресса в психотерапии  
Постгипнотическая суггестия  
Потрясающая психотерапия Ананьева  
Православная психотерапия  
Прегрупповая техника Лонерган  
Прививка против стресса Мейхенбаума  
Принцип «здесь и теперь» в психотерапии  
Проблемно-ориентированная психотерапия Блазера, Хайма, Рингера, Томмена  
Провокационная психотерапия  
Программированная психотерапия по Янгу  
Прогрессирующая мышечная релаксация Джекобсона  
Проективные методики Волберга  
Проективный рисунок  
Проекция во времени по Лазарусу  
Протокольная техника Левинсона  
Протрептика  
Прямой анализ Розена  
Психагогика  
Психическая проработка  
Психоанализ  
Психоанализ в России  
Психоанализ и литература  
Психоанализ и политика  
Психоаналитическая модель обучения психотерапевта  
Психоаналитическая психотерапия  
Психоаналитическая психотерапия объектных отношений по Кернбергу  
Психоаналитическая характерология Абрахама  
Психоаналитические методы  
Психобиологическая терапия Майера  
Психогигиена  
Психогимнастика  
Психоделическая психотерапия  
Психоделическая психотерапия по Грофу  
Психодрама  
Психоимажинативная терапия Шорра  
Психокатарсический метод Брейера  
Психокибернетика  
Психолиз  
Психологическая защита  
Психологическая коррекция  
Психологические основы психотерапии  
Психологическое консультирование  
Психоортопедия

Психопантомима  
Психопрофилактика  
Психопрофилактический метод обезболивания родов  
Психопунктура Калера  
Психосинтез  
Психотерапевт  
Психотерапевтическая беседа  
Психотерапевтическая группа  
Психотерапевтическая (психоаналитическая) нейтральность  
Психотерапевтическая система лечения больных неврозами по Кратохвилу  
Психотерапевтическая триада Бехтерева  
Психотерапевтическая цель  
Психотерапевтическая эксплорация  
Психотерапевтические аспекты молитвы  
Психотерапевтические методы в психологии здоровья  
Психотерапевтический кабинет  
Психотерапевтический клуб  
Психотерапевтический контакт  
Психотерапевтический контракт  
Психотерапевтический центр  
Психотерапевтическое вмешательство  
Психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии  
Психотерапевтическое отделение  
Психотерапия  
Психотерапия аддиктивного поведения у подростков  
Психотерапия в геронтологической практике  
Психотерапия в медицине катастроф  
Психотерапия в неврологии  
Психотерапия в онкологии  
Психотерапия в санаторно-курортных условиях  
Психотерапия в трансплантологии  
Психотерапия во второй половине жизни  
Психотерапия заикания  
Психотерапия злоупотребляющих лекарственными препаратами  
Психотерапия и Интернет  
Психотерапия и реабилитация  
Психотерапия и религия  
Психотерапия и фармакотерапия  
Психотерапия лекарственной зависимости  
Психотерапия личностно-средового взаимодействия по Соложенкину  
Психотерапия мирозерцанием по Марциновскому  
Психотерапия нового решения М. Гулдинг и Р. Гулдинга  
Психотерапия образами терминальных онкологических больных  
Психотерапия ограниченного времени и неограниченных целей по Кнобелю  
Психотерапия, основанная на теории конфликтов Халла, Миллера, Долларда  
Психотерапия посредством убеждения Дежерина 722  
Психотерапия по электронной почте Кузнецова  
Психотерапия при алкоголизме  
Психотерапия при неврозах и других пограничных состояниях  
Психотерапия при психозах  
Психотерапия при соматических заболеваниях  
Психотерапия при хронических заболеваниях

Психотерапия раннего детского аутизма с участием детей-котерапевтов по Железняк, Карвасарской, Марцинкевич

Психотерапия сексуальной дисгармонии супружеской пары

Психотерапия сексуальных нарушений

Психотерапия увлечениями по Скроцкому

Психотерапия у подростков

Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз по Шапиро

Психофизиологические основы психотерапии

## Р

Разговорная психотерапия

Раппорт

Вида Раскрывающая реконструктивная психотерапия больных малопрогредиентной шизофренией

Рациональная психотерапия

Рационально-эмоциональная психотерапия

Ребефинг Ора

Релаксация

Рефлексивное слушание

Рефрейминг

Реципрокное торможение по Вольпе

Решение-фокусированная психотерапия

Ритиминг

Роджерс

Роль врача-психотерапевта в оказании медицинской помощи

Роль катамнеза в психотерапии

## С

Салливан

Самоактуализация

Самоанализ

Самовнушение

Самовнушение по Бехтереву

Самовнушение по Куэ

Самоконтроль

Самомоделирование на основе видеозаписи

Самораскрытие психотерапевта перед пациентом

Самоуправляемая психотерапевтическая группа

Свободные ассоциации

Секторная терапия Дойча

Семейная психотерапия

Семейное консультирование

Семейные мифы

Симптоматическая психотерапия

Синдром эмоционального сгорания

Синтетическая психотерапия

Синтетическая психотерапия по Кречмеру

Система психокорректирующих воздействий в терапевтическом сообществе Ледера

Систематическая десенсибилизация

Системная семейная психотерапия



Скиннер

Скрытое обусловливание

Сновидения и работа с ними в психотерапии

Сократовский диалог

Сомато-ориентированная психотерапия по Маурер

Сомнамбулизм 843

Сомнопсихотерапия по Перельмутеру

Сообщество Анонимных Алкоголиков (АА) и его программа «12 шагов»

Соппротивление

Социальная психотерапия

Социальное научение

Социально-психологический тренинг

Социодрама

Социотерапия

Стили руководства психотерапевтическими группами

Стресс и его преодоление (копинг) по Лазарусу, Мейхенбауму, Перре

Стрессопсихотерапия алкоголизма («кодирование») Довженко

Структурализм Лакана

Структурная интеграция Рольф

Структурная семейная психотерапия Минухина

Ступенчатый активный гипноз по Кречмеру

Суггестивная психотерапия

Суггестопедия

Супервизия

Супервизор

Суппортивная психотерапия

Супружеская психотерапия

Т

Телевизионная психотерапия

Телесно-ориентированная психотерапия

Телефонное консультирование

Телефонный гипноз

Теория поля Левина

Терапевтические сообщества наркозависимых

Терапия моделирования по Бандуре

Терапия, построенная на метафорах

Терапия прямого анализа Гринвальда

Терапия реальностью по Глассеру

Терапия средой

Терапия творческим самовыражением Бурно

Терапия фиксированных ролей Келли

Терминальная психотерапия

Трансактный анализ

Транскультурная психотерапия

Трансовые методы

Трансперсональная психотерапия

Трансцендентальная медитация

Тренинг

Тренинг повышения чувства уверенности в себе

Тренинг самоутверждения

Тренинг сенситивности  
Тренинговая группа  
Триада Роджерса

У

Убеждение  
Управление фантазиями в гипнотическом состоянии по Мюллеру-Хегеманну  
Условно-рефлекторная терапия Сэлтера

Ф

Фазы развития психотерапевтической группы  
Факторы лечебного действия психотерапии  
Фармакологическая абреакция  
Философская психотерапия по Саакяну  
Флэш-терапия по Балинту  
Фокальная психотерапия по Малану  
Фракционный гипноз  
Франкл  
Фрейд  
Фрейдизм  
Фромм  
Функциональная разрядка по Фукс

Х

Характерологический анализ Райха  
Характерологический анализ Хорни  
Хирургическая операция в гипнозе  
Хореотерапия  
Хорни

Ц

Ценностно-адаптивный подход в психотерапии  
Цикл психотерапии

Ч

Чикагская школа

Э

Эго-анализ А. Фрейд  
Эго-анализ Кляйн  
Эго-психологическая теория психоаналитической психотерапии Гилла, Стоуна, Бибринга и др.  
Эго-психология (персонологическая психотерапия)  
Эдипов комплекс  
Экзистенциальная гипнотерапия  
Экзистенциальная психотерапия  
Экзистенциальный психоанализ Сартра

Эклектическая психотерапия

Эклектическая система психотерапевтической практики Торна

Эмоциональная поддержка

Эмоционально-стрессовая психотерапия Рожнова

Эмпатия

Эмпирическая психотерапия Витакера

Эмпирическая психотерапия Гендлина

Эриксоновский гипноз

Этико-деонтологические аспекты психотерапии

Этнотерапия Гауснера и Кочовой

Ю

Юнг